

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

***ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LAS CONSULTAS SIN DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL***

BEATRIZ GARCÍA MORATALLA

TESIS DOCTORAL

2008

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

***ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LAS CONSULTAS SIN
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL EN UN
CENTRO DE SALUD MENTAL***

BEATRIZ GARCÍA MORATALLA

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia (1991-1997)

Especialista en Psiquiatría

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el **Dr. Alberto Ortiz Lobo**, psiquiatra de Salud Mental del Área 2 de Madrid

Tutorizada por el Dr. **José Luis Ayuso Mateos**, catedrático del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

A Roberto, por su paciente espera

A Elsa, por su llegada

Todo lo que no me mata, me hace más fuerte.

Nietzsche (1972)

AGRADECIMIENTOS:

A **Alberto Ortiz Lobo** e **Iván de la Mata** por ser los padres de este estudio, por su motivación e implicación personal y su actitud crítica y rigurosa.

A **Carolina Lozano Serrano** por compartir todo este tiempo de trabajo y por su amistad

El estudio de campo se realizó gracias a la participación desinteresada del equipo del Centro de Salud Mental del Área 2 de Madrid. **Luis Prieto-Moreno, Rosa Álvaro, Matilde Campos, Itziar López, Carolina Lozano, Ana Martín, Clara Medina y Blanca Penasa** permitieron que este trabajo pudiese ser realizado.

A **Carlos González** por el análisis estadístico y las horas dedicadas a este estudio.

A **Paco Rodríguez Salvanés y Rocío** por el análisis estadístico inicial.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCIÓN	
1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL QUE ACUDEN A SALUD MENTAL	22
3. ¿HAY QUE TRATAR EL MALESTAR?	26
3.1. Intervenciones terapéuticas para los trastornos subumbrales	28
4. ¿LA PREVENCIÓN INDIVIDUAL JUSTIFICA EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR?	33
4.1. Estado actual de la prevención en salud mental	33
4.2. ¿Prevención individual, prevención social?	38
4.3. ¿Puede ser el no-tratamiento una medida preventiva?	39
5. ¿PUEDE SER IATROGÉNICO TRATAR EL MALESTAR?	40
5.1. La iatrogenia de la prevención individual	40
5.2. La iatrogenia del tratamiento	42
6. ¿SON ASUMIBLES LAS INTERVENCIONES SOBRE EL MALESTAR POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?	43
7. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO	46
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	47
HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	49

MATERIAL Y MÉTODOS

1. DISEÑO	52
2. EMPLAZAMIENTO	52
3. POBLACIÓN	52
4. MUESTRA	53
5. PROCEDIMIENTO	53
5.1. Derivación	53
5.2. Recepción	54
5.3. Cita de evaluación	54
5.4. Detección de pacientes que consultan sin trastorno mental diagnosticable	55
5.5. Devolución	56
5.6. Cita de reevaluación	56
5.7. Utilización de recursos	58
6. INSTRUMENTOS	58
6.1. GHQ-28	58
6.1.1. Descripción	58
6.1.2. Interpretación	59
6.1.3. Propiedades psicométricas	60
6.2. SCL-90R	61
6.2.1. Descripción	61
6.2.2. Interpretación	62
6.2.3. Propiedades psicométricas	63
6.3. Escala likert de valoración subjetiva de la intervención terapéutica	64
6.4. CGI	64

7. DETERMINACIONES	64
7.1. Variables del estudio observacional	65
7.2. Variables del estudio prospectivo	70
8. MÉTODOS ESTADÍSTICOS	77

RESULTADOS

I. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE INTERÉS EN LA EVALUACIÓN INICIAL	79
1. Frecuencia de las variables cualitativas de los individuos sin diagnóstico de trastorno mental	79
2. Frecuencia de las variables cuantitativas de los individuos sin diagnóstico de trastorno mental	80
3. Diagnóstico de los códigos Z	81
II. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE LA REEVALUACIÓN	82
a. Frecuencia de las variables cualitativas asistenciales	82
b. Parámetros estadísticos del tiempo transcurrido en la reevaluación clínica	82
c. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas	83
d. Valoración subjetiva de las personas con diagnóstico de códigos Z acerca de la asistencia recibida por los profesionales de la salud mental	84
e. GHQ-28 definitivo	86
f. Síntomas según SCL-90R definitivo	87
g. Diagnóstico definitivo de los códigos Z tras la reevaluación	88

h. Frecuencia de las variables cualitativas de indicación clínica	
tras reevaluación	89
i. Frecuencia de las variables cuantitativas asistenciales	90
III. RESULTADOS DE LAS RELACIONES ENTRE VARIABLES	91
1. EVOLUCIÓN CLÍNICA A LOS 9 MESES DE LAS PERSONAS	
SIN TRASTORNO MENTAL DIAGNOSTICABLE QUE ACUDEN	
A UN CSM Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,	
ASISTENCIALES Y CLÍNICAS QUE SE ASOCIAN A ESA EVOLUCIÓN	91
1.1. Diferencias entre los resultados de los tests en la evaluación inicial	
y la reevaluación definitiva	91
1.2. Relación de las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas	
con los resultados del CGI final	92
1.2.1. Análisis de variables cualitativas con CGI final	92
1.2.2. Análisis de variables cuantitativas con CGI final	93
2. USO DE RECURSOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,	
ASISTENCIALES Y CLÍNICAS QUE SE ASOCIAN A ELLO	95
2.1. Relación de las citas totales a los 12 meses y las variables	
sociodemográficas, asistenciales y clínicas asociadas	95
2.1.1. Relación de las citas totales a los 12 meses con las variables cualitativas	96
2.1.2. Relación de las citas totales a los 12 meses con las variables cuantitativa	98
2.2. Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con las variables	
sociodemográficas, asistenciales y clínicas	99
2.2.1. Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con variables cuantitativas	99
2.2.2. Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con variables cualitativas	100

3. VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE ACERCA DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS	102
3.1. Relación de la valoración subjetiva con las variables cuantitativas	102
3.2. Relación de la valoración subjetiva con las variables cualitativas	103
4. INDICACIÓN CLÍNICA A LOS 6 MESES Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS	104
4.1. Relación de la indicación clínica a los 6 meses con variables cuantitativas	104
4.2. Relación de la indicación clínica a los 6 meses con variables cualitativas	105
5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO FINAL Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS	106
5.1. Relación del tratamiento farmacológico final con variables cualitativas	106
5.2. Relación del tratamiento farmacológico final con variables cuantitativas	108
6. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PROFESIONAL CON LA INDICACIÓN CLÍNICA Y EL USO DE RECURSOS	109
6.1. Relación entre el tipo de profesional y el uso de recursos	109
6.2. Relación entre el tipo de profesional y la indicación clínica a los 6 y 12 meses	111
7. RELACIÓN ENTRE LA REEVALUACIÓN DEFINITIVA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS	113
7.1. Relación entre la reevaluación definitiva con las variables cualitativas	113
7.2. Relación entre la reevaluación definitiva con las variables cuantitativas	114

DISCUSIÓN	
1. Evolución clínica	117
2. Diagnóstico definitivo de los códigos Z tras la reevaluación	122
3. Tratamiento farmacológico de los códigos Z a los 6-12 meses	123
4. Valoración subjetiva de los códigos Z sobre la intervención terapéutica	128
5. Indicación clínica de los códigos Z tras la reevaluación	134
6. Uso de recursos a medio y largo plazo de los códigos Z	138
6.1. Citas totales concertadas a los códigos Z	138
6.2. Citas ausentes de los códigos Z	142
6.3. Gasto sanitario relacionado con la atención a las personas sin diagnóstico de trastorno mental	146
7. Diferencias entre la indicación clínica y el uso de recursos según el Profesional	147
8. Alternativas terapéuticas para el abordaje de las personas sin diagnóstico de trastorno mental	151
9. Limitaciones y sesgos del estudio	153
10. Conclusiones	157
BIBLIOGRAFIA	160
ANEXOS	176

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

En los últimos años los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental públicos están asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades mentales clásicos y que tienen una respuesta sanitaria dudosa. Son demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. En nuestro trabajo nos vamos a referir a este tipo de demandas con el término de “malestar” definido como el amplio conjunto de sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad,...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada y, por tanto, no patológica (por ejemplo, problemas de trabajo, fallecimiento de un familiar, desempleo, rupturas de pareja, soledad, enfermedades físicas propias o de familiares,...).

En décadas anteriores, algunos autores (de Figueiredo, J., 1993 y 2000; Slavney P., 1999) se han referido con el término de “desmoralización” para describir estos estados emocionales producidos por un acontecimiento vital estresante, autolimitados, y los diferencian claramente de los trastornos mentales. Los consideraban ya entonces un problema de salud pública dado que eran una de las razones más comunes para que dichas personas que lo padecen buscasen tratamiento y del que era necesario, en primer lugar, definir dicho concepto en términos operacionales y, en segundo lugar, realizar investigaciones clínicas que demostrasen la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y de la psicoterapia.

En nuestro trabajo, hemos seguido la nomenclatura de las clasificaciones nosográficas actuales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) que recogen a estas personas sin trastorno mental diagnosticable en un capítulo aparte, fuera de los trastornos mentales y las denominan códigos Z (en las versiones anteriores DSM-III-R y CIE-9 se denominaban códigos V). Se trata de un concepto aún ignorado que busca su lugar en la nomenclatura psiquiátrica, pero sería interesante discutir si estas personas deben de ser diagnosticadas como enfermos mentales (Heath

I., 1999) y si son candidatas a tratamiento, teniendo en cuenta que los criterios diagnósticos actuales son poco consistentes y difícilmente aplicables a pesar de que se elaboren inicialmente para salvar el problema de los falsos positivos. No todo malestar tiene origen psíquico ni, por lo tanto, tratamiento psíquico. Pero también una cuestión importante que nos debemos plantear es si la inexistencia de enfermedad mental excluye al sujeto del posible trato en los servicios de salud mental. Diferenciar entre insuficiencia de recursos de atención y no-pertinencia de la demanda es un asunto básico. Esto nos lleva a la cuestión de las prioridades que, evidentemente, es predominante en cada momento histórico (Leal Rubio J., 1997).

Hasta hace unas décadas, estos estados de malestar eran asumidos con normalidad en general, y compartidos y amortiguados por la red social de apoyo; el sufrimiento y el dolor eran vividos inherentes a la condición humana. La definición de salud de la OMS en los años cuarenta del siglo pasado abrió la versión más completa del pensamiento salubrista: la que postula la eliminación no sólo de la enfermedad sino también del sufrimiento tanto físico como moral y la consecución para la humanidad de un estado de bienestar “físico, psíquico y social”. Dicha concepción introduce la idea de que cualquier sentimiento de malestar, por legítimo que sea, puede ser considerado como un síntoma de enfermedad con la consecuente influencia en el desarrollo práctico de la relación de cada individuo con su problema y en la modulación de las demandas de las personas hacia el sistema de salud en los países desarrollados. En muchas ocasiones, los sentimientos desagradables no son aceptados como parte inevitable y legítima de la realidad, son recodificados como patológicos y se pretenden neutralizar mediante una intervención técnica. Pero en la conversión del malestar en enfermedad mental no influye únicamente el pensamiento salubrista propuesto por la OMS; el modelo de enfermedad mental vigente en el mundo actual que respalda la comunidad científica dentro del modelo biomédico y del reduccionismo organicista tiende a traducir las emociones y comportamientos a alteraciones de la neurotransmisión que pueden ser modificadas por los psicofármacos. Los modelos taxonómicos en los que se basan son descriptivos, estáticos y unidimensionales; el enfoque diagnóstico no incluye la categoría del contexto; a menudo, se obvia que los síntomas, las emociones y las conductas están definitivamente influenciados por la cultura, la historia y el

ambiente que rodean a los individuos y dicha complejidad no parece estar reflejada en las actuales clasificaciones nosológicas (Jensen P y Hoagwood K., 1997). Las personas tienen síntomas descontextualizados que han de ser agrupados, recibir un código y una etiqueta diagnóstica y, por tanto, una indicación de tratamiento. Se parte frecuentemente desde la perspectiva biologicista, y posteriormente se acomoda lo “psico” y lo “social”. Y dicho pensamiento positivista es lo que puede influir en parte en la demanda y la actuación de los profesionales: todos los problemas pueden tener soluciones técnicas o racionales, los psiquiatras y los psicólogos serían expertos con herramientas que pueden curar los sufrimientos causados por los avatares de la vida cotidiana.

Se trata de un fenómeno cuya expresión se halla en las consultas de atención primaria y en los servicios de salud mental y, dependiendo entre otras cosas del sistema sanitario, esta expresión tendrá una magnitud y cualidad distintas. Además, dicho fenómeno está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial que lo condiciona y que ya fue evaluado en nuestro anterior trabajo. Son necesarias iniciativas que evalúen y comparen los resultados de las distintas “ofertas terapéuticas” que reflexionen cómo se ubican los profesionales en los distintos “espacios de observación” y, ante la multiplicidad de demandas, sin olvidar que las relaciones entre lo biológico, lo psicológico y lo social, son determinantes fundamentales para comprender el proceso salud-enfermedad (Huertas R., 2000).

El principal problema que surge cuando tratamos a personas con malestar asociado a un conflicto de la vida cotidiana es hacer una psiquiatrización o psicologización de la vida diaria lo cual entraña una serie de riesgos. Este fenómeno es una expresión de un concepto más amplio que se ha venido a llamar el proceso de medicalización y que merece la pena repasar.

La definición de medicalización aún no ha sido claramente articulada. El diccionario de salud pública de Kishore conceptualiza la medicalización como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”. Zola I. (1972) se refirió a la medicalización como el “proceso donde la vida diaria se ha convertido más y más bajo el dominio, influencia y supervisión médica”. Conrad

P. (1975) definió la medicalización como “aquella conducta definida como un problema médico o enfermedad y que permite que la profesión médica le provea de algún tipo de tratamiento”. La definición más aceptada actualmente es la referente al proceso y resultado de problemas humanos que ingresan en la jurisdicción de la profesión médica, lo cual nos remite a Parsons P. (1951) que fue el primero en señalar el papel de la medicina como institución de control social: un número creciente de fenómenos sociales son entendidos en términos de enfermedad, o en términos de efectos en la salud de las personas. Illich I. (1975) empleó, en su crítica a la medicina, la conceptualización de la “medicalización de la vida”. La medicalización consiste en definir un problema en términos médicos, empleando un lenguaje médico que describa un problema, adoptando un marco médico para entender el problema, o empleando una intervención médica que lo trate. Es un proceso sociocultural que no incluye exclusivamente al imperialismo médico, sino que es un proceso interactivo en el que incluso los pacientes y organizaciones juegan un papel relevante (Conrad P., 1992).

El concepto de medicalización se ha empleado para hacer un análisis y una crítica del cambio de rol de la medicina en la sociedad moderna. Ciertas actividades que antes eran consideradas inmorales, indeseables o criminales son ahora recogidas como síntomas de enfermedad que precisan de un tratamiento y control médicos; pero además la medicalización se aplica también a fenómenos normales que forman parte de la vida humana (por ejemplo, el embarazo, el nacimiento, la vejez, la menopausia,...) y, como apunta Verweij M. (1999), incluso en el contexto de la medicina preventiva. La crítica a la medicalización se basa fundamentalmente en cómo se descontextualizan problemas sociales colectivos y, colateralmente, los pone bajo control médico, pero dicha crítica tienen visiones muy distintas e interpretaciones divergentes.

Entre los principales factores que han contribuido a la medicalización, hay que resaltar:

- La terminación de la segunda guerra mundial generó toda una serie de expectativas y de propuestas de cambio en las concepciones de lo que debían ser los componentes del bienestar social. La primera consecuencia fue la definición misma de la OMS en los años cuarenta del siglo XX y que introdujo el concepto positivo de salud y lo ligó a la idea de bienestar “físico, mental y social”. Dicho pensamiento promete, en una primera fase, la erradicación del sufrimiento y el retraso indefinido de la muerte, y en una segunda, afirma simplemente el derecho a la felicidad. Y no como un derecho abstracto sino como una posibilidad alcanzable por la vía del perfeccionamiento científico-técnico. Y no solo son la felicidad y la salud experiencias distintas, sino que su relación no siempre es constante (Saracci R., 1997). En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma Ata en 1978 se declaró que la salud, concebida como bienestar, es un derecho humano fundamental y dicho derecho sólo es posible alcanzarlo si los gobiernos, que tienen la obligación de cuidar la salud de los pueblos, toman las medidas sanitarias y sociales adecuadas. Consecuentemente, por una parte se ligaba de forma indisoluble salud y bienestar y, por otra parte, se prometía como posible un objetivo mundial de consecución de dicho bienestar para toda la humanidad minando el esfuerzo social para mejorar la salud y el bienestar creando una ilusión de que nosotros podemos como individuos controlar nuestra propia existencia y dirigirla a mejorar nuestra salud. El salubrismo se podría definir como la preocupación hacia la salud personal como el foco principal para la definición y realización del bienestar; una meta por la cual se atenta en la modificación de estilos de vida con o sin ayuda terapéutica. Lógicamente, la nueva conciencia de salud supone una mayor medicalización de nuestra cultura. En las sociedades desarrolladas, la salud se convierte en un valor social predominante y, por tanto, se entiende que la protección del mismo es una acción prioritaria. Los individuos realizan cambios hacia la satisfacción de sus necesidades y deseos como construcción de su propia individualidad e identidad. Decir que todos tenemos derecho a estar sanos es indudablemente una proposición

irreal, por eso se ha buscado una formulación más acorde con las posibilidades reales y se ha hablado del “derecho a la preservación y al cuidado de la salud”, lo que sí puede ser admitido como derecho ejercible y como fundamento racional de la demanda sanitaria. Pero, en la medida que la preservación y el cuidado de la salud se formulan como derechos, es necesario establecer también a quién corresponde dicha función. La posición del individuo frente al cuidado y preservación de su propia salud ha ido convirtiéndose desde un protagonismo activo y responsable en la búsqueda de modos de conservar la salud y evitar la enfermedad a una demanda de protección prácticamente ilimitada, generada por una conciencia de derecho, pero también por una progresiva vivencia de la indefensión ante la enfermedad y esto conlleva en último término el desarrollo de conductas que reflejan valores y creencias sociales acerca de la ilimitada capacidad de la medicina para resolver cualquier problema. En el campo de la salud mental el fenómeno es similar. La idea de que los problemas de la vida son problemas de “salud mental” y que es algo que debe ser tratado comienza a hacer mella en la población (Baca E., 2003).

Aunque, de entrada, podría considerarse que el salubrismo lleva a reducir la dependencia en los médicos, a mejorar la autocompetencia médica y permitir la reintegración de la experiencia de la enfermedad dentro de un contexto social significativo, sin embargo, la formulación salubrista sitúa todavía el problema a un nivel de mente y cuerpo individual en el cual el individuo es el foco de la percepción y de la intervención.

- Otro de los factores que han contribuido a la medicalización ha sido la propia medicina como ciencia clínica o terapéutica al localizar el problema de la enfermedad en el cuerpo individual, fomentando la creencia causal hacia lo inmediato y local, y la solución hacia la eliminación de síntomas y la restauración de signos normales. La práctica médica es un modo de tratamiento individualizado que compartimentaliza el problema transformándolo dentro de su propiedad más inmediata, que son las manifestaciones biológicas y físicas del individuo. La propagación de la teoría de la alteración bioquímica como base de los trastornos mentales implica que hay un estado

neurobiológico “ideal” que se puede medir y a todas aquellas personas que son “catalogadas” como enfermas debemos rectificar el estado de su bioquímica cerebral (Moncrieff J., 2006). La respuesta al problema es que precisa de un tratamiento biológico individualizado y profesionalizado, no reordenado en las circunstancias ambientales, sociales o políticas que rodean al individuo (Crawford R., 1980). Las estrategias médicas fracasan así porque concentran demasiados esfuerzos en la enfermedad y muy pocos en cambiar el ambiente que enferma a la gente.

- En el proceso de medicalización las interacciones y sinergias son múltiples. Los médicos como investigadores o prescriptores, solos o unidos a sociedades científicas a veces recorren su camino profesional de la mano de la industria, la cual a su vez se dirige cada vez más al consumidor con campañas de concienciación de enfermedad y creación de necesidades que promueven nuevos fármacos y, a veces, incluye introducir una nueva condición a un público más amplio (Moynihan R y Henry D., 2006). De hecho, la construcción de nuevas enfermedades es frecuentemente liderada por grupos de investigadores que tienen estrechos lazos con las empresas farmacéuticas y las recomendaciones y consensos parten de las sociedades científicas y de los médicos líderes de opinión. Y no debería olvidarse que las empresas sanitarias aprovechan cualquier posibilidad de trasladar la atención desde los problemas derivados del entorno social hacia la solución individual inhibiendo respuestas sociales y políticas (Márquez S y Meneu R., 2003; Conrad P., 2004; Conrad P., 2005; Heath I., 2005; Moncrieff J., 2006; Moynihan R y Henry D., 2006). Debe reflexionarse si los médicos en general y los psiquiatras en particular han tenido o no un papel activo y determinante en el aumento de estas demandas por malestar. Los intentos de ampliar las cotas de poder e influencia de la psiquiatría, la búsqueda de nuevos campos y de “patologías infradiagnosticadas”, el optimismo profesional que indujo la oferta de solucionar casi cualquier tipo de conflicto social y la difusión de nuevas indicaciones para nuevos padecimientos gracias a los umbrales arbitrarios de normalidad y anormalidad han podido ser elementos que han potenciado

este tipo de demandas basada en necesidades y ha conllevado una psiquiatrización de los problemas de la existencia humana, lo cual precisaría una revisión profunda de esta cuestión. Como consecuencia, se ha generado y ampliado todo un comercio que se plantea alrededor de lo “sano” dando una falsa imagen de posibilidades ilimitadas y promocionando la idea de que todo tiene remedio técnico (Huertas R., 2000; Baca E., 2003; Heath I., 2006; Mintzes B., 2006; Applbaum K., 2006; Moynihan R y Henry D., 2006). La ciencia continúa ofreciendo medios para reducir el sufrimiento humano y aumentar la calidad de vida pero obtiene menos éxito en la contención de ansiedades (Leal Rubio J.,1997).

En la sociedad actual, la condición de salud se ha convertido en el paradigma de la buena vida por el cual un número importante de conductas y fenómenos sociales son juzgados dentro de los valores de la salud. Como el símbolo de la salud se expande a incluir más y más experiencias, la simbolización alternativa por la cual las personas definen sus enfermedades con estrategias de alivio y satisfacción se ven afectadas. La propia definición de la OMS sobre la salud es una noción médica construida como una cuestión personal o individual. El mensaje que se transmite es que la salud se corresponde a la felicidad y es uno de los valores más importantes, se convierte en un sobrevalor, y una variedad de conductas, actitudes y emociones son promovidas para conseguirla a través de una responsabilidad individual que llega a ser vista como una necesidad. Genera así unas expectativas irreales en cuanto a la capacidad de disfrute de la vida y la idea de que las personas puedan ser responsables de enfermarse si no cumplen con los consejos médicos (Crawford R., 1980; Saracci R., 1997; Verweij M., 1999). Y si la salud es el principal valor de la vida, entonces será cada vez más difícil vivir una vida magnífica de acuerdo a estas expectativas y en la que otros valores sean más importantes que la salud, y la búsqueda de la salud serán ilimitadas con una demanda ilimitada a los servicios de salud (Verweij M., 1999).

La medicalización además disminuye la legitimidad de la pena y el descontento, y de otros muchos sentimientos y emociones que son negativos y no tolerados por las personas, consecuentemente se reduce el repertorio de las respuestas humanas aceptables a los eventos y deniega a las personas la oportunidad para aceptar sus sentimientos (Moncrieff J., 2000).

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL QUE ACUDEN A SALUD MENTAL.

A pesar de la relevancia que en estas últimas décadas se le ha dado a la psiquiatrización de la sociedad, llama la atención que apenas hay estudios empíricos asistenciales que evalúen, cuantifiquen y describan este fenómeno. Sólo hay cuatro trabajos publicados en la literatura científica que revisen el fenómeno de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable que acuden a un centro de salud mental: dos estadounidenses (Windle Ch. y col., 1988; de Figuereido JM., Boerstler H. y O'Connell L., 1991), uno canadiense (Siddique CM y Aubry TD., 1997) y otro holandés (Spinoven P y Var Der Does JW., 1999). Estos trabajos comparan esta población con la de los trastornos mentales pero no hacen un análisis exhaustivo de las características sociodemográficas, asistenciales y clínicas de esta población. Estos estudios se realizaron hace años y de forma retrospectiva, lo que los envejece aún más, y en otros países con sistemas sanitarios distintos al nuestro. Los estudios realizados en España son escasos y no van dirigidos a estudiar el fenómeno concreto de estas personas con malestar, sino el proceso de derivación de atención primaria a salud mental en general.

El propósito de nuestro trabajo es, en primer lugar, conocer la magnitud de este fenómeno en nuestro entorno. Se presentó una primera parte de nuestro estudio sobre las personas que acuden a un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable donde se evaluaba la incidencia de este fenómeno así como las características sociodemográficas, asistenciales y clínicas de dicha población y las relaciones existentes entre dichas variables (Ortiz Lobo A., 2004; Ortiz Lobo A. y col. 2005).

De un total de 1004 pacientes evaluados en un año, casi una cuarta parte (24,4%) de los pacientes que acudieron a ser evaluados a nuestro centro de salud mental no presentó ninguna patología mental que pudiera ser diagnosticada según los criterios CIE-10; a estas personas se les diagnosticó de códigos Z. Esta cifra es ligeramente más alta que los estudios nacionales y el holandés (Spinhoven P y Var Der Does JW., 1999) e igual que los estudios norteamericanos (Windle Ch. y col., 1988; de Figuereido JM., Boerstler H. y O'Connell L., 1991) donde no hay filtro de derivación. Esto supone que nuestra cifra es proporcionalmente la más elevada de las publicadas hasta el momento.

El método que se empleó para definir si el paciente que consulta presenta o no un trastorno mental fue el diagnóstico, siguiendo los criterios de la CIE 10 de la OMS, mediante la entrevista clínica. Para poder disminuir en la mayor medida de lo posible los sesgos que se plantean con la delimitación entre trastorno mental y no trastorno, establecimos dos grupos de códigos Z, los que claramente no podían ser diagnosticados de trastorno mental (Z inequívocos) y aquellos que estaban en el límite del diagnóstico, a los que llamamos Z dudosos. El 66,4% fueron Z inequívocos y el 33,6% restante Z dudosos.

El 50,9% de los códigos Z fueron diagnosticados de problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares (Z63), la mayoría por problemas de relación de pareja (24,6%) o muerte de un familiar (8,6%). Otra buena proporción corresponde a los problemas relacionados con el empleo y desempleo (18,4%) y, en menor medida, a los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (9,3%) y problemas relacionados con el ambiente social (8,6%). Tanto los psicólogos como las profesionales mujeres tienden a diagnosticar más trastornos adaptativos y menos códigos Z que los psiquiatras y hombres respectivamente.

El perfil sociodemográfico de dichas personas sin trastorno mental diagnosticable coincide, en general, con el de los otros estudios realizados con anterioridad y se trata de una mujer soltera que vive sola, de mediana edad, con alto nivel educativo, que trabaja como técnico por cuenta ajena, la mayor parte de las veces sin contrato laboral.

La inmensa mayoría (95,5%) de los códigos Z provenían de atención primaria; uno de cada cinco sujetos diagnosticados de código Z fue derivado a nuestro centro de salud mental con carácter preferente cuando este tipo de derivaciones teóricamente están reservadas para pacientes con especial gravedad clínica que no admiten mucha demora en su atención. No había diferencias entre los distintos centros de atención primaria derivantes. En el 47% de los casos, la derivación fue a petición del paciente, característica constante en esta población que la diferencia de los trastornos mentales. Los códigos Z de nuestro estudio tenían menos antecedentes psiquiátricos que los de otros trabajos.

Las personas con diagnóstico de código Z que se asignaron en la evaluación a psicología (y no a psiquiatría) resultaron ser más jóvenes, consultaron con más frecuencia a petición propia, no estaban de baja laboral, tenían menos antecedentes psiquiátricos, menos tratamientos farmacológicos pautados y clínicamente eran menos graves según el GHQ-28 y SCL-90R en las subescalas de distrés de síntomas positivos (PSDI), somatización (SOM) y síntomas discretos (SDI).

Entre los resultados obtenidos por los cuestionarios autoadministrados, en el GHQ-28 con un punto de corte 5/6, casi el 84% fue un posible caso psiquiátrico. El SCL-90R se utilizó como medida de gravedad sintomática y como medida multidimensional de psicopatología; los códigos Z presentan mayor gravedad sintomática que la población general, pero menor que la de los pacientes que acuden a un servicio de salud mental (Ortiz Lobo A., 2004). Con respecto al cuestionario de sucesos vitales, aparecen gran cantidad de sucesos vitales (más de siete por persona) que pueden jugar un papel importante en la aparición del malestar y en que consulten en el centro de salud mental. Además, llama la atención el elevado grado de estrés con el que son experimentados por los pacientes y la evaluación negativa que hacen de los mismos, aunque más de la mitad de dichos sucesos vitales eran esperados.

Se evaluaron las expectativas de dichas personas a través de la pregunta “¿cuánto cree que va a mejorar al venir a este centro de salud mental?” en una escala likert numerada del 0 al 10. Un tercio de los pacientes tiene unas expectativas exageradas (“mágicas” con un rango de 9 a 10) con respecto a la ayuda que van a recibir por nuestra parte, y más de la mitad tiene unas expectativas positivas (con un rango de 5

a 8,5). El valor más puntuado por los códigos Z en cuanto a sus expectativas fue el 10, el valor máximo. Las expectativas “mágicas” corresponden a los pacientes de más edad y con un nivel educativo más bajo.

La mitad de estos códigos Z venían con tratamiento psicofarmacológico pautado y, de éstos, el 53% llevaba menos de dos meses con él pautado; esto significa que el médico de atención primaria pautaba el tratamiento farmacológico a estas personas y los derivaba en el mismo acto asistencial sin ni siquiera evaluar si hacía o no efecto, o esperar a la evolución natural del cuadro clínico. Los antidepresivos constituían el 44% de los tratamientos farmacológicos pautados que toman estos sujetos cuando consultan en salud mental, un porcentaje sumamente elevado si tenemos en cuenta que no presentan trastornos depresivos ni otros trastornos susceptibles de ser mejorados con estos fármacos.

En cuanto al tipo de intervención farmacológica realizada en esta primera entrevista, sólo a una cuarta parte de los sujetos se le añade tratamiento tras esta primera evaluación y consiste mayoritariamente en benzodiacepinas. Sólo en 3,7% se introdujo un antidepresivo y corresponde con el diagnóstico de código Z dudoso. En el resto de los casos, o no se modifica el tratamiento (22,2%) o en todo caso se suspende (11,9%). Un 40,7% vienen sin tratamiento y así se quedan.

Tras la evaluación y diagnóstico de código Z, se da de alta en la primera cita de evaluación al 52% de los diagnosticados de código Z. El 48% restante continúan en seguimiento y están en relación con la edad (ser joven), que vengan sin tratamiento, que sea un Z dudoso, que tenga unas expectativas positivas y sea atendido por una profesional mujer y psicóloga.

Las consultas sin trastorno mental diagnosticable en los servicios de salud mental es un fenómeno relevante hoy en día para la actividad asistencial ya que dichas consultas suponen una proporción importante de la actividad clínica de estos servicios lo cual podría cuestionar el buen funcionamiento asistencial. Lógicamente este fenómeno deja muchas preguntas abiertas sin resolver por el momento pues es necesario que se realicen estudios dirigidos a contestar cuestiones como cuál es la repercusión que está sufriendo atención primaria por esta demanda en términos de prevalencia y uso de recursos de esta población; también sería importante realizar estudios multicéntricos que nos permitan comparar los

resultados e intentar generalizarlos, así como estudios prospectivos que nos den información de la evolución clínica de estas personas a medio y largo plazo, de las medidas terapéuticas más adecuadas y la relevancia de la utilización de recursos sanitarios de este grupo en los servicios de salud mental. Además, sería interesante realizar estudios comparativos entre los pacientes sin trastorno mental y los enfermos mentales para objetivar si existen diferencias y delimitar mejor sus características.

Sería importante plantearse e intentar dilucidar cuestiones tan relevantes como si los profesionales de la salud, y en concreto de la salud mental, disponemos de herramientas terapéuticas eficaces para el malestar, si puede ser iatrogénico tratar el malestar, si la prevención individual justifica el tratamiento del malestar para impedir el desarrollo futuro de trastornos mentales, y por último, si son asumibles las intervenciones sobre el malestar por el Sistema Nacional de Salud.

3. ¿HAY QUE TRATAR EL MALESTAR?

En nuestro estudio previo descriptivo (Ortiz Lobo A., 2004), se demuestra que a diferencia de trabajos anteriores, en nuestro centro de salud mental no tratamos a la mayoría de los códigos Z; a un 52% se le da el alta en la primera cita. Entonces, la pregunta clave que tenemos que hacernos es si hay o no que tratar en un centro de salud mental a las personas que presentan malestar en relación con acontecimientos vitales estresantes que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental. Para poder responderla habría que valorar si hay intervenciones para estos sujetos que sean eficaces (y distinguirlas de aquellos casos en que evolucionan naturalmente hacia la remisión espontánea como los duelos no complicados), si son efectivas, eficientes y, por supuesto, si no comporta una iatrogenia que empañe los beneficios por la posibilidad de cristalizar un rol de enfermo, fomentar la pasividad ante las dificultades de la vida y la dependencia,... Si aceptásemos que estas personas merecen tratamiento podría significar asumir dos premisas: que tienen una disfunción y que tenemos una respuesta técnica sanitaria adecuada para su problema.

La mayor parte de los estudios realizados se han hecho sobre la eficacia de los tratamientos en trastornos depresivos leves, algunos de ellos en trastornos depresivos subumbrales, pero no en los no-trastornos. Los resultados son discrepantes, poco concluyentes, no queda claro si estos trastornos menores y subumbrales se benefician claramente del tratamiento o si mejoran igualmente sin él, y ni de qué tipo de tratamiento podrían verse más beneficiados.

En los estudios previos realizados hasta el momento (Windle Ch. y col., 1988; de Figuereido J., Boerstler H y O'Connell L., 1991; Siddique C.M., Aubry T. y Mulhall D., 1996; Siddique C.M. y Aubry T., 1997; Spinhoven P. y Van der Does J.W., 1999), se considera que estas personas sin trastorno mental son una carga asistencial importante para los centros de salud mental, ya que aún padeciendo condiciones clínicas menos graves que los trastornos mentales, utilizan recursos de una forma comparable, y plantean cuestiones acerca de si es o no apropiado tratar a estas personas, si merecen el consumo del tiempo profesional y el gasto de los recursos públicos (cuando otros trastornos mentales más graves aún están desprovistos de los recursos necesarios), e incluso si podemos continuar asumiéndolos de una forma similar al resto de pacientes independientemente de la gravedad de sus problemas. Algunos autores sugieren propuestas de tratamiento que implican lógicamente la aceptación de que sí hay que tratar estas formas de malestar (Siddique C.M., Aubry T. y Mulhall D., 1996; Siddique C.M. y Aubry T., 1997; Spinhoven P. y Van der Does J.W., 1999) respaldándose principalmente en el riesgo de desarrollar un trastorno mental a largo plazo aunque no hay estudios longitudinales hasta el momento que lo avalen. Entre las propuestas planteadas mencionan: formas más breves de terapia siendo prudentes en el reparto del tiempo del profesional acorde a la gravedad del problema, programas psicoeducacionales, grupos de autoayuda específicos, libros de autoayuda, e incluso, educación acerca de un uso correcto de los recursos (Spinhoven P. y Van der Does J.W., 1999).

A pesar del planteamiento de estas cuestiones, ninguno de estos estudios evalúa el curso y la evolución de estos problemas, es decir, cuál es el riesgo de que acaben desarrollando un trastorno mental; y, con respecto al tratamiento, sólo Siddique C.M. y Aubry T. (1997) concluyen que el tratamiento evaluado

a través de las medidas promedio de los rangos de mejoría clínica al alta fue igualmente beneficioso tanto para los códigos Z como para los trastornos mentales. Pero no evalúan, al igual que el resto de los estudios, si el tratamiento es realmente necesario en estos casos ni qué tipo de tratamiento puede ser el más efectivo. No hay estudios prospectivos sobre la evolución de estas personas sin diagnóstico de trastorno mental con y sin tratamiento.

Macnab F. (2003) afirma que Atención Primaria es el principal recurso de atención para estas personas que han sufrido un acontecimiento vital estresante mediante intervenciones a corto plazo focalizadas que ayuden a estas personas a potenciar sus recursos de adaptación, a tomar el control de su estado emocional y de sus decisiones, y a mejorar su autoestima. Slavney P. (1999) que se refiere a estos casos con el término de “desmoralización”, también considera que Atención Primaria es el principal dispositivo de atención, aunque no descarta la asistencia en salud mental que permita una valoración psiquiátrica sobre el estado de ánimo y la validación de los sentimientos (tranquilizar al paciente explicando que sus sentimientos son una respuesta natural a una situación y no un trastorno mental).

3.1. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS PARA LOS TRASTORNOS SUBUMBRALES.

Para poder dar una respuesta más cercana a la cuestión sobre si debe o no tratarse a estas personas con malestar que no son atribuibles a trastorno mental, podríamos evaluar los estudios realizados hasta el momento sobre entidades clínicas similares en su presentación y equiparables a los códigos Z; son los llamados trastornos subumbrales. Las condiciones subumbrales están incluidas en el DSM-IV y CIE-10 como categorías “no especificadas” refiriéndose a condiciones clínicas atípicas que no cumplen todos los criterios para un trastorno mental específico pero no están específicamente delimitadas (Pincus H.A. y col., 1999). La psiquiatría ha desarrollado a lo largo del siglo XX un entramado conceptual que tratan de entender dichas condiciones, de hecho ha desarrollado un lenguaje que las reifica y las asimila a los trastornos “oficiales” aumentando así las cifras de morbilidad que se manejan (Baca E., 2003). Los trastornos subumbrales son condiciones que se sitúan en el límite del estado de enfermedad y el estado de

salud y, como los códigos Z, precisa de la definición de los dos límites, el que los separa de la salud y el que los separa del trastorno, límites cuyas definiciones aún siguen siendo discutidas. ¿Son problemas clínicos reales, problemas independientes a los trastornos mentales, formas menores de los trastornos mayores o artefactos metodológicos creados ante la imposibilidad de definiciones válidas de los criterios y umbrales en las clasificaciones actuales? (Helmchen H y Linden M., 2000).

Recientemente, ha habido un creciente interés en estudios sobre estas condiciones psíquicas subumbrales; la importancia según éstos radica en su alta prevalencia, equiparable o mayor a la prevalencia de algunos trastornos mentales (como los trastornos depresivos), lo cual hace considerarlos para algunos autores como un problema de salud pública importante que aún no se ha reconocido y que conlleva una disfunción y una discapacidad significativa que exceden frecuentemente a las enfermedades médicas comunes. Estos estudios revelaron que las características sociodemográficas y clínicas de estos grupos son comparables a la depresión mayor (Broadhead W., 1990; Jonson J. y col., 1992; Sherbourne C. y col., 1994; Judd L. y col., 1994; Olfson M. y col., 1996; Angst J. y col., 1997; Judd L. y col., 1998; Pini S. y col., 1999; Rucci P. y col., 2003; Lewinsohn P. y col., 2004), que están asociados a un desajuste psicosocial, ocupacional y una discapacidad importantes (Jonhson J. y col. 1992; Sherbourne C. y col. 1994; Judd L. y col. 1994; Olfson M. y col., 1996; Judd L. y col., 1996; Rapaport M. y Judd L., 1997; Judd L. y col., 1998; Lewinsohn P. y col., 2000; Magruder K. y Calderone G., 2000; Rucci P. y col., 2003), a una evolución clínica adversa con un elevado riesgo futuro de desarrollar trastornos mentales (Angst J. y col., 1997; Pini S. y col., 1999; Lewinsohn P. y col., 2000; Magruder K. y Calderone G., 2000) y a utilización de servicios médicos. La mayoría de estos estudios han sido realizados en el espectro de la depresión, es mucho menos conocido otras formas subumbrales de trastornos mentales.

Pero existen aún, a pesar de los muchos estudios realizados, muchas limitaciones con respecto a las investigaciones realizadas sobre estas condiciones subumbrales:

- No hay una unificación de criterios para definirlos; diferentes síntomas han tenido el mismo nombre y distintos nombres han tenido el mismo síntoma, por ejemplo se han llegado a emplear 5 definiciones para la depresión subumbral (también llamada “trastorno depresivo subumbral”, “depresión subsindrómica” y “depresión sintomática subumbral”); tampoco hay un consenso con respecto al número de síntomas necesarios para hacer el diagnóstico, ni a la duración de los síntomas ni a la inclusión del criterio de desajuste. Los límites entre estos subtipos subumbrales son flexibles, solapándose y/o cambiando de subtipo a lo largo del tiempo (Pincus H.A. y col., 2000).
- Los rangos de prevalencia en los grupos y poblaciones estudiados fueron muy variables según las definiciones y los criterios (Magruder K. y Calderone G., 2000; Pincus H.A. y col., 2000).
- No hay estudios prospectivos a largo plazo sobre el curso y la evolución de dichos trastornos. Los estudios hasta ahora realizados sobre la evolución de las categorías subumbrales así como de la interacción entre los distintos subtipos a lo largo del tiempo (Broadhead W. y col., 1990; Angst J. y col., 1990; Judd L. y col., 1998; Pini S. y col., 1999; Lewinsohn P. y col., 2000 y 2004) plantean diversas hipótesis: si podrían ser una adaptación transitoria y autolimitada a un acontecimiento vital, o síntomas prodrómicos de trastornos mentales futuros, o una recuperación incompleta de un episodio previo o un estado crónico, larvado, relativamente estable. Tampoco las investigaciones todavía no han podido establecer ningún factor en los trastornos subumbrales que pueda predecir el curso o el pronóstico.

Lo más llamativo es que dada la importancia que le han dado a estas condiciones subumbrales en los últimos años justificada por su prevalencia, el desajuste psicosocial y la cronicidad en algunos casos, no se han centrado más los estudios en evaluar sistemáticamente si se benefician de tratamiento ni de qué opciones terapéuticas tanto psicofarmacológicas como psicosociales son las más adecuadas, ni quiénes

deben hacerse cargo de ellos (si atención primaria o atención especializada). Algunos de ellos (Windle Ch y col., 1988; Judd L. y col. 1996; Olfson M. y col., 1996; Rapaport M. y Judd L., 1997; Angst J. y col., 1997; Pincus H.A. y col., 1999; Lewinsohn P y col., 2000; Helmchen H. y Linden M., 2000; Magruder K. y Calderone G., 2000; Sadek N. y Bona J., 2000) asumen que estos trastornos deben recibir tratamiento basándose en su repercusión clínica y en el incremento de la demanda de tratamiento. Ha habido algunos estudios dirigidos a intervenciones psicoterapéuticas como la terapia interpersonal (Klerman G. y col., 1987) o la terapia cognitivo-conductual (Miranda J. y Muñoz R., 1994) en los que se ha objetivado un descenso significativo de los síntomas, pero ninguno de estos estudios específicamente evalúa la efectividad de la psicoterapia en relación con los trastornos subumbrales, además de que los ensayos tienen limitaciones que hacen difícil la integración de los resultados. Otras conclusiones obtenidas de estos estudios es que los trastornos subumbrales son infratratados e infradiagnosticados en Atención Primaria, mientras que en salud mental se tratan igual que los trastornos mentales (Sherbourne C. y col., 1994); que no se evidencia una clara efectividad de los tratamientos ni que existen claras indicaciones de tratamiento (Helmchen H. y Linden M., 2000; Rucci P. y col., 2003); ni plantean investigaciones sobre el tratamiento como medida preventiva para evitar trastornos mentales futuros (Judd L. y col., 1994). En 1998, Judd L. y col., conducen un ensayo farmacológico hasta ahora existente en pacientes con depresión subumbral. Ellos cuantificaron el desajuste funcional y los síntomas depresivos de base así como a las 8 semanas de tratamiento con fluvoxamina. Los autores concluyen que dosis bajas de ISRS podrían tratar el desajuste funcional y los síntomas depresivos de estos pacientes; sin embargo, tomaron una muestra muy pequeña y el ensayo fue abierto y sin controles, por lo que recomiendan la necesidad de un estudio prospectivo, doble ciego, con control placebo para definir mejor la utilidad del tratamiento farmacológico en esta población. Magruder K. y Calderone G. (2000) proponen unas líneas generales de tratamiento para estas condiciones subumbrales; ellos aconsejan medidas iniciales modestas y económicas (por ejemplo, grupos de autoayuda y biblioterapia) (también en Lewinsohn P. y col., 2000) que sean efectivas para evitar la sobrecarga en los centros y el malgasto de recursos, que disminuyan el coste total de las intervenciones y

que el coste-efectividad a largo plazo sea favorable con mayor disponibilidad y acceso de los tratamientos. En caso de fracaso de dichas medidas o empeoramiento clínico, entonces se pasaría a medidas más agresivas y caras (que no especifican). Además, consideran necesario identificar a los pacientes que más se beneficiarían del tratamiento y los que más lo necesitarían a través de la identificación de factores de riesgo que evitase el desarrollo de enfermedades mentales futuras. Helmchen H. y Linden M. (2000) incluso llegan a proponer unas estrategias de guía y consuelo de estos pacientes como algoritmos de tratamiento.

En resumen, quedan abiertas aún muchas cuestiones sin resolver sobre los trastornos subumbrales: si deben o no tratarse; si las intervenciones psicosociales son suficientes, y en caso de no ser así, cuál es el umbral para la intervención psicofarmacológica; y si son problemas sólo de salud mental o deberían ser asumidos por atención primaria. Un tratamiento temprano podría conllevar un riesgo iatrogénico por la patologización y medicalización de condiciones normales así como una estigmatización e incremento de los costes (Pincus H.A. y col., 1999; Lewinsohn P. y col., 2000). Estas cuestiones pueden ser trasladadas igualmente a los códigos Z, entidades clínicas similares en su presentación aunque quizás con menor repercusión en el funcionamiento vital de dichas personas, que hasta ahora apenas han sido estudiados y conllevan dificultades similares de manejo. Lógicamente para resolver estas cuestiones son necesarios estudios epidemiológicos de la historia longitudinal natural o del tratamiento con placebo-control e, incluso, con no-tratamiento (Pincus H.A. y col., 1999; Sadek N. y Bona J., 2000).

4. ¿LA PREVENCIÓN INDIVIDUAL JUSTIFICA EL TRATAMIENTO DEL MALESTAR?.

Aunque no tenemos una respuesta concluyente sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas en estos casos, la prevención podría ser el argumento idóneo para que se atendieran en salud mental a estar personas con malestar. En primer lugar habría que pensar: “¿es eficaz la prevención individual sobre el malestar?”; y en el caso de que la respuesta fuese afirmativa, cabría aún hacernos otra: “¿son asumibles las intervenciones preventivas individuales en esta población por los centros de salud mental?”. Para intentar responder de alguna manera a estas preguntas, primero sería importante describir en qué punto se encuentra hoy en día la prevención en salud mental, y analizar si desde esta situación, se puede justificar la prevención individual en aquellas personas diagnosticadas como códigos Z.

4.1. ESTADO ACTUAL DE LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Podemos decir que la prevención en salud mental viene arrastrando un estado de deficiente implantación y de permanente crisis sin que hayan existido claros esfuerzos dirigidos a desarrollar programas preventivos eficaces ni a potenciar la investigación en esta área. Algunos han tratado de minimizar este estado de deficiencia desprendiendo una actitud de optimismo alegando que existe suficiente evidencia para demostrar que los programas de prevención y promoción de salud mental funcionan y contribuyen a un incremento del bienestar mental y a una mejoría de la calidad de vida individual y comunitaria (Jané-Llopis E., 2004; Bond L.A. y Hauff A., 2004).

Para encuadrar como se encuentra en estos momentos la prevención en salud mental es importante analizar la evolución histórica en las últimas décadas y el contexto en el que está inmersa, y a partir de ahí, evaluar las diferentes cuestiones abiertas y los posibles problemas que puede conllevar.

Según Albee G. (1996) hubo un claro cambio de rumbo a principios de los 80 y después de la política del NIMH (National Institute of Mental Health) en la investigación de la prevención de los trastornos mentales. Con la década de los 80, llega la “contrarrevolución” en la investigación de la prevención de los trastornos mentales pasando de una investigación preventiva orientada al estudio de las patologías de la

sociedad a unos estudios dirigidos a la biología, neurología y genética de los trastornos mentales. Uno de sus recientes directores, Lewis Judd, ordena en 1990 una revisión de la investigación preventiva que concluye con un primer informe en 1993: "The prevention of mental disorders: A national research agenda" (Reiss D y col.) al que le siguieron otros dos informes más amplios en 1994 y 1996: "Reducing risks for mental disorders frontiers for prevention intervention research" (Mrazek P. y Haggerty R.) y "A plan for prevention research at NIMH: a report to the national advisory mental health council" (NIMH) respectivamente. Estos artículos transmiten el mismo mensaje: una investigación preventiva científica cuidadosa para una perspectiva de desarrollo debe buscar e identificar factores de riesgo y conducir estudios de intervención controlados para reducir estos riesgos. Consecuentemente, surgieron diversas controversias al respecto pero las 2 más destacadas fueron: que no se incluía la promoción en salud mental como parte de la estrategia principal de la prevención y que la identificación de los factores riesgo se realiza a nivel genético, bioquímico y físico para trastornos mentales definidos por el DSM-IV ignorando factores ambientales dando así una visión simplista del mundo que deposita la responsabilidad a nivel individual para romper las barreras ambientales y sociales.

En 1999, se emite el 4º y último artículo del National Advisory Mental Health Council (NAMHC) por el Workgroup on Mental Disorders Prevention Research: "Priorities for prevention research al NIMH" para el cual el primer requisito es una propuesta de definición de investigación preventiva más amplia y que abarca la prevención de recaída, de trastornos secundarios y de discapacidad. Destacar de dicho informe como más relevante el enfoque en estrategias universales de prevención primaria y promoción de la salud mental, la inclusión de otros contextos de intervención en la comunidad (familia, coetáneos, escuela,...) y las interacciones entre los niveles genéticos/biológicos con los socioculturales/ambientales, el reconocimiento de una necesidad mayor de recursos, el estímulo para programas de prevención que promuevan la salud mental y el bienestar, y las sugerencias de cambios en las normas comunitarias y sistemas de apoyo para obtener más beneficios (Shinn M y Toohey S., 2001).

Diversos autores han manifestado numerosas críticas a este informe y a la situación actual de la investigación preventiva (Hawkins J., Catalano R. y Arthur M., 2001; Pearson J y Koretz D., 2001; Reiss D., 2001; Wandersman A., 2003; Miller R. y Shinn M., 2005); entre ellas que la ampliación de definición de prevención que se realiza sigue incluyéndose bajo una perspectiva tradicional sin razonamientos sistemáticos ni identificación de nuevas líneas de investigación, continúa haciendo énfasis en reducir la incidencia de los trastornos con la investigación neurobiológica, se muestra mudo en cuanto a trasladar la investigación de instituciones clínicas a comunidades y existe escasa capacidad de las organizaciones y comunidades para implantar los programas de prevención basados en la evidencia. La mayor parte de la investigación se realiza en instituciones académicas (que en muchas ocasiones están en colaboración con los intervencionistas), en individuos con diagnóstico único o altamente específico, en muestras no representativas, lo cual lleva a aproximaciones imparciales hacia la comprensión de muchos retos en la investigación; es necesario estudiar los servicios preventivos en “situaciones reales” incluyendo modos de modificar el entorno y los sistemas sociales y con la medición de “resultados reales”. Es imprescindible realizar múltiples valoraciones así como comparaciones de trayectorias entre intervenciones y grupos de comparación.

Y se podría decir que la prevención y promoción de la salud mental se encuentra en este punto desde entonces. Por un lado, la confusión y la vaguedad del término enfermedad mental ha sido una razón de peso para disminuir la prioridad hacia ella y que exista un escepticismo sobre su tratamiento y prevención (Herrman H., 2001). Por otro lado, existe un claro desequilibrio entre tratamiento y prevención al considerar que las estrategias para una prevención eficaz no están tan definidas como un tratamiento, y por tanto, son inconsistentes y no se pueden aplicar (Peterson Ch., 2002). Aunque cada vez ha sido más frecuente la realización de metaanálisis sobre estudios de investigación preventiva en los que se avala el mérito de la prevención primaria como estrategia de cambio en la población (Durlak J. y Wells A., 1997), en la mayoría de los programas no se ha superado el carácter experimental en el que rara vez se alcanzan los objetivos para conseguir una continuidad y una generalización, y tampoco se destinan recursos

económicos y sociales aunque se conozca que determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas y que es esencial una participación comunitaria para actuar sobre dichas condiciones. Hallazgos de intervenciones preventivas prometedoras nunca han salido de las páginas de los artículos, otros son adoptados fuera de la comunidad investigada sin pistas de cómo implantarlos ni costes, y otros no tienen mérito ni probado ni testificado. Muchos de los programas tienen dificultades para mantener el mismo marco en el intento de implantación desde ensayos a gran escala a la comunidad, están mal informados sobre actividades y políticas de otros programas, e incluso, no son conocedores de que existen (Sartorius N y Henderson A.S., 1992; Hosman C., 2000; Miller R. y Shinn M., 2005).

En España, al igual que en el resto de países europeos, apenas se realiza prevención primaria en salud mental; ésta consiste en unos cuantos programas más o menos planificados, prácticamente sin criterios que guíen las intervenciones, con limitados recursos prácticos, influenciados por componentes políticos e ideológicos que debilitan su carácter científico, realizados con un gran esfuerzo y escasa motivación de los profesionales y con resultados poco contrastables o inconsistentes (Mansilla F., 2001).

Para que la prevención y promoción de la salud auguren un buen futuro, es necesario que recuperen su perspectiva comunitaria basada en intervenciones políticas de salud (Weich S., 1997; Brownson y col., 1997; Siefert K., 2001; Pearson J y Koretz D., 2001; Reiss D., 2001; Bond L.A. y Hauff A., 2004; Miller R. y Shinn M., 2005; Heath I., 2006), con objetivos y propuestas claramente definidos, con una mayor diversidad que incorpore la heterogeneidad de los individuos dentro de la investigación, que reconozcan que el individuo se encuentra inmerso en un sistema social concreto en el que es necesario un cambio social y una acción política en el que participen distintos colectivos para alcanzar derechos equitativos y reducir el estrés de las situaciones sociales adversas. Y sin duda, es necesario incluir los programas de prevención y promoción de la salud como un programa más de los centros de atención primaria y salud mental, que la Administración Pública se implique en cuanto a los recursos socioeconómicos que destina a ello, que existe una colaboración interdisciplinar entre diversos campos científicos, e incluso, internacional (Hosman, 2000) y que se empleen métodos científicos más rigurosos

con el uso de otras metodologías como ensayos randomizados, y en concreto, métodos cualitativos (que evalúen efectos interactivos y no lineales) (Weich S., 1997; Kohn L. y Chavous T., 2002) así como estudios longitudinales a largo plazo (Durlak J y Wells A., 1997).

La única justificación que se encontraría para que se realice una prevención individual en las personas con malestar es evitar que desarrollen enfermedades mentales futuras, lo cual aún no ha sido estudiado. La prevención primaria individual sólo habría que hacerla en determinados casos donde los factores de riesgo y vulnerabilidad se conjugan en el posible desarrollo de un trastorno mental. Sin embargo, esto no es tarea exclusiva de los centros de salud mental, sino de atención primaria (Brownson R., Newschaffer C y Ali-Abarghoni F., 1997; Getz L., Sigurdsson S y Hetlevitk I., 2003) que es el dispositivo de la red profesionalizada que recibe el mayor número de ciudadanos a lo largo del año y en el que pacientes con conflictos psicosociales suelen consultar de manera repetida. Tizón J.L. y Ciurana R. (1994) hablan en su artículo sobre el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS) propuesto por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) que ofrece recomendaciones de prevención y promoción en salud mental desde Atención Primaria; establece 12 subprogramas que catalogan como sencillos, poco costosos, eficientes y accesibles que van a actuar principalmente en la detección de factores de riesgo en las transiciones o crisis psicosociales y aplicación de unas recomendaciones para que los asuman; entre estos subprogramas, hay algunos de ellos (por ejemplo, pérdida de una familiar o allegado, pérdida de funciones psicofísicas, cuidado de pacientes terminales o jubilación) que representan a códigos Z que se atienden en salud mental. El principal problema que dificulta llevar a cabo dicho programa de prevención en Atención Primaria es la escasa formación de los profesionales en el ámbito psicosocial tanto en conocimientos, habilidades e instrumentos básicos como en actitudes, en concreto en el campo de la entrevista clínica y conocimientos, así como en habilidades de manejo y psicoterapéuticas para el aconsejamiento y orientación desde Atención Primaria.

4.2. ¿PREVENCIÓN INDIVIDUAL , PREVENCIÓN SOCIAL?

Otro aspecto importante es que una visión individual de la prevención que puede ser importante para algunos casos, no puede hacer obviar una perspectiva social o colectiva de la prevención que va a suponer una serie de cambios sociales, económicos y políticos favorables para el conjunto de la población y que posiblemente podrían ahorrar buena parte de estas consultas. El subsistema sanitario no puede dar soluciones técnicas individuales a problemas económicos o sociales más globales cuyo origen y, por tanto solución, escapan a las posibilidades de la clínica (Huertas R., 1998).

La prevención, antes de la década de los 80, estaba dirigida principalmente hacia los factores sociales que condicionan el enfermar. Con el cambio de perspectiva en el que predominan los aspectos biologicistas y la globalización, es poco propicio esta perspectiva comunitaria y social, encontrándonos en estos momentos en una visión de la prevención centrada principalmente en los factores de riesgo biológicos y genéticos de las enfermedades mentales y, por tanto, centrada en el individuo.

Algunos autores de esta última década han abogado nuevamente por una perspectiva social de la prevención dirigida a cambios ambientales que influyan sobre las condiciones individuales para la salud. Ellos abogan por la traslación de intervenciones preventivas individuales a intervenciones de salud pública que produzcan cambios sobre las influencias deletéreas para modificar de forma favorable el entorno y los sistemas sociales; para ello también es necesario una responsabilidad compartida entre investigadores y políticos con un balance equitativo de las necesidades de ambos (Cowen, E., 1994; Brownson R., Newschaffer C y Ali-Abarghoni F., 1997; Siefert K., 2001; Pearson J. y Koretz D., 2001). Otros autores defienden las estrategias preventivas dirigidas al bienestar para disminuir los trastornos mentales; dichas estrategias consistirían en construir el bienestar desde un inicio temprano y promover condiciones que lo mantengan y lo mejoren; el objetivo es que se adquieran competencias o se aprendan estrategias de adaptación a condiciones estresantes con el objetivo no sólo de disminuir el riesgo de desarrollo de trastornos mentales sino también solidificar el bienestar psicológico (Cowen E., 1998; Shinn M. y Tooney S., 2001; Herrman H., 2001; Biglan A. y Smolkowski K., 2002; Hawkins J., Catalano R. y Arthur M., 2002).

Albee G. (1996) denominaba “potenciar la resistencia de la multitud” como estrategia global de mejoría positiva de la salud para construir personas más fuertes, más competentes, más seguras y optimistas, con más soportes. Sandler I. (2001) habla de la noción de “intervenciones preventivas como promoción planificada de recursos de resistencia” que pueden crear cambios en múltiples niveles de recursos protectores y, a través de éstos, prevenir adversidades futuras, proteger a la gente de los efectos adversos que ocurren o directamente promover competencias o satisfacciones de necesidades básicas” Consecuentemente, los programas más efectivos no solo disminuirían riesgos y adversidades sino que también construirían refuerzos, competencias y factores protectores en los individuos en distintos niveles. Es necesario sin duda investigaciones longitudinales y sistemáticas de esta prevención dirigida al bienestar así como de la prevención dirigida a nivel social para que demuestren y validen de forma empírica los resultados.

4.3. ¿PUEDE SER EL NO-TRATAMIENTO UNA MEDIDA PREVENTIVA?

Entendemos como indicación de no-tratamiento la intervención por la que el profesional empatiza con el malestar del paciente, le da una explicación sencilla y razonada de lo que le ocurre, lo contextualiza y le devuelve que no padece un trastorno mental. Se abre así la posibilidad de que él pueda gestionar con su red de contención natural sus sentimientos, ideas y comportamientos, no se le desresponsabiliza de su malestar y se le da el alta. Hay que darle una respuesta realista a sus expectativas y comunicarle por qué se le indica no-tratamiento. Esta intervención ya tiene de por sí elementos psicoterapéuticos que produce una resignificación de lo que el usuario trae como enfermedad encaminada a que el individuo no asuma el rol de enfermo y, por tanto, no busque una respuesta técnica de orden sanitario para su malestar.

No existen apenas investigaciones sobre la eficacia del tratamiento en sus diferentes versiones y combinaciones sobre la prevención y promoción de la salud mental; los ensayos realizados al respecto son designados a evaluar la validez interna de sus hallazgos pero se presta menos atención en la validez externa y en la aplicación a escenarios prácticos (Niederehe G y col., 1999). Y lógicamente no hay

ensayos sobre el no-tratamiento que lo avalen como medida preventiva. Por lo tanto, es necesario que se realicen estudios prospectivos que valoren empíricamente la eficacia de esta intervención y que la compare con otras formas de tratamiento así como se valore el estado de las personas a medio y largo plazo que reciben esta intervención de no-tratamiento para corroborar la incidencia de trastornos mentales y compararlos con aquellos que hayan recibido tratamiento.

5. ¿PUEDE SER IATROGÉNICO TRATAR EL MALESTAR?

5.1. LA IATROGENIA DE LA PREVENCIÓN INDIVIDUAL.

Muchas veces, se justifica la atención y el seguimiento de estas personas con malestar asociado a acontecimientos vitales estresantes como una forma de prevención individual para que no evolucionen hacia un trastorno mental (Leal Rubio J., 1997). Puesto que carecemos de conocimientos completos acerca de la etiología de la mayoría de los trastornos mentales, los programas preventivos deben ir a actuar sobre los recursos generales de la comunidad para reducir las condiciones que podemos considerar perjudiciales aunque no podamos asegurar de forma fehaciente que conduzcan a un trastorno mental determinado. Pero este tipo de intervenciones no son inocentes y no están exentas de riesgos. Uno de los objetivos de la prevención primaria es establecer programas tendentes a producir una sociedad futura “mentalmente sana”; Rodríguez López A. (2003) afirma que el mayor peligro que se esconde en dicho objetivo es el del totalitarismo médico pues supone detentar el poder de manipular las conductas y esto supone, a su vez, el definir previamente qué conductas son deseables. Y, con respecto a la intervención en las crisis vitales, apunta que la actuación del psiquiatra podría plantear graves problemas éticos pues éste se limita a yugular químicamente las crisis sin ayudar al individuo a resolverlas, ya que la resolución de la crisis es indispensable para un adecuado desarrollo personal.

En su artículo, Verweij M. (1999) va más allá al plantear cuestiones morales que atañen a los cuidados de salud preventivos sobre personas sanas ya que existe el peligro de que se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos con el riesgo consecuente de la

medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas. Considera este proceso en dos aspectos: uno referido al nivel del lenguaje (términos como “sano” y “enfermo” son empleados en nuevas áreas como parte de la vida normal) y otro a nivel práctico (refiriéndose a aquellas personas sanas que tienden a incluir en su vida estilos de vida de acuerdo a información médica, consejos y procedimientos). Lo que más destaca de este artículo es la referencia a los riesgos iatrogénicos de la prevención apuntando los escasos beneficios y los daños de las intervenciones preventivas que no están justificadas. Inevitablemente, la medicina preventiva y la promoción de la salud estimulan a la gente sana a preocuparse acerca de su posibilidad de enfermar generando una incertidumbre que se puede intensificar cuando son estudiados y, por tanto, reducir su ansiada sensación de bienestar. A diario, la gente recibe información acerca de los peligros de algunas actividades consideradas comunes, se les transmite la necesidad de abolirlas o modificarlas para proteger y promocionar su salud, y esto podría hacer ver la salud como un equilibrio frágil y una anticipación a la amenaza perpetua contra nuestra salud, que será peligrosa para los sentimientos de seguridad y confianza sobre nuestro propio bienestar y nuestra calidad de vida subjetiva, y aumentará la atención a nuestro cuerpo con los efectos negativos acompañantes a ello.

Además la prevención, en su sentido de información sobre la salud, enfermedad y riesgos abolibles, es extendida y considerada importante e implica la idea de que las personas son responsables de su salud con el objetivo último de motivarlas a través del temor para tener un cuidado mayor de sí mismas, lo cual conlleva una responsabilidad personal que podría ser criticado como una forma de “víctima culpable” (Getz L., Sigurdsson S y Hetlevik I., 2003; Heath I., 2005; Heath I., 2006). Por tanto, el poder de cambio individual como significativo para el desarrollo posterior de enfermedades debería no ser tan exagerado en los programas de promoción de la salud.

Verweij M. (1999) también hace referencia a esta reducción de autonomía de las personas todavía no enfermas sometidas a cuidados preventivos y el incremento del poder y la autoridad de la profesión médica, así como el problema moral que conlleva el valor dominante de la salud defendido por la

medicina preventiva ya que predica y sostiene formas de vida en las cuales la salud es lo más importante, al mismo tiempo que proveen de numerosas situaciones de cambio en las que la salud es una apuesta.

5.2. LA IATROGENIA DEL TRATAMIENTO.

A toda la posible iatrogenia que se produce con una intervención preventiva, habría que añadir aquella derivada de un tratamiento, de por sí más invasivo. Si se indicase un tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico) a estas personas con malestar, podría conllevar, por un lado, no sólo los indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal” al que se aplica intervenciones innecesarias, como por los posibles efectos de las terapias que nunca son absolutamente inocuas, sino también por otro lado, a que se sancionaría el malestar como una enfermedad mental bajo la objetividad y neutralidad de la ciencia y, por tanto, precisaría de un tratamiento individualizado pautado por un experto médico que lo descontextualizaría de las condiciones sociales, ambientales y políticas que lo rodean o lo condicionan y que genera unas expectativas irreales. Podríamos confirmar con este sencillo acto que las desgracias tienen una solución técnica y podrían cesar si las vivimos con la mente adecuada. Se puede producir un proceso de individualización sobre problemas que podrían ser considerados colectivos y ser tratados como tales y, con ello, un “adaptacionismo” personal frente a situaciones sociales injustas que bloquea cualquier intento colectivo para luchar contra ellas (Ortiz Lobo A., 2003).

Además, se puede generar una dependencia a la atención médica que, por un lado, tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico que pueden ayudar a minar el sufrimiento y, por otro lado, tiende a disminuir la capacidad de las personas para hacerse cargo de sus problemas y resolverlos con la consecuente pérdida de responsabilidad sobre ciertos aspectos de sus vidas que pasa a estar en manos de los expertos, los cuales muchas veces generan falsas esperanzas sobre la ayuda que proporcionan. Anteriormente, la cultura ayudaba a afrontar el malestar integrándolo en un sistema de significados que ayudaba a tolerarlo y superarlo; ahora, con la medicina moderna, las personas muchas veces no saben aceptar y hacerse cargo del sufrimiento como parte

inevitable de su existencia e interpretan cada malestar como indicador de su necesidad para una intervención médica. Cuando las personas se hacen dependientes del manejo de su intimidad, renuncian a su autonomía e independencia y su salud consecuentemente tiene que decaer (Illich I., 1975; Crawford R., 1980; Verweij M., 1999; Moynihan R. y Smith R., 2002).

6. ¿SON ASUMIBLES LAS INTERVENCIONES SOBRE EL MALESTAR POR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

Las bases del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud son la universalización del derecho a la asistencia sanitaria y la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias. Sus medios y actuaciones están orientados a prestar una atención integrada a la salud, comprensiva tanto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.

Todo sistema sanitario tiene como misión fundamental ofrecer a sus ciudadanos el mayor nivel deseable de salud. Para conseguir este objetivo es necesario proponerse alcanzar al menos dos metas: el establecimiento de medidas preventivas adecuadas, individuales o comunitarias y la aplicación de medidas terapéuticas. La práctica clínica que se deriva de ese sistema sanitario es una intervención, que tiene por finalidad la mejora del enfermo, proporcionándole el máximo del bienestar posible a través de una actuación terapéutica, dado que se supone que existen expectativas razonables para lograr el objetivo (Cervera S., 2003).

Si dentro de este sistema sanitario nacional que no tiene recursos ilimitados, asumimos el tratamiento de las personas con malestar que no cumplen con criterios diagnósticos de trastorno mental podríamos esperar:

- Aumento de las demandas por malestar en salud mental dada la universalización y la gratuidad de los servicios sanitarios públicos lo que facilita la hiperfrecuentación por dolencias banales (Huertas R., 2000) con la consiguiente saturación de la oferta asistencial y el peligro de recortes de

las prestaciones para el resto de pacientes graves, la llamada “ley de cuidados inversos” formulada por Tudor Hart en los años sesenta, según la cual se proporciona más y mejor asistencia a quien más la reclama y no a quien más la necesita. A medida que más recursos se han provisto, más recursos son percibidos como necesarios y esto conlleva que no se cubran las necesidades reales, con el riesgo acompañante de proporcionar menos atención a los pacientes más graves.

- Si nos limitamos a prescribir un medicamento a estas personas con malestar como abordaje casi exclusivo, estamos favoreciendo un uso cosmético de los psicofármacos que conllevará un aumento de gasto farmacéutico para la economía del país, que crece exponencialmente año tras año (Magruder K. y Calderone G., 2000; de la Mata Ruiz I. y Ortiz Lobo A., 2003; Lozano C y Ortiz, 2004; Heath I., 2005), lo cual supone dificultades para mantener un sistema sanitario universal y gratuito dado el coste de los fármacos.
- Con el aumento de la demanda en salud mental existe el riesgo de una saturación de los recursos. Se ha descrito en los estudios anteriores sobre personas con malestar que el consumo de recursos en salud mental medido por el número de citas y su duración total es sólo ligeramente inferior (de Figueredo J.M., Boerstler H y O’Connell L., 1991; Spinhoven P. y Van der Does J.W., 1999) o igual (Siddique C.M. y Aubry T., 1997) al de los enfermos mentales, por lo que cuestionan acerca del tiempo total del profesional que es empleado en estas demandas independientemente de la gravedad clínica. Se llega incluso a afirmar que son una carga importante para los servicios de salud mental representando hasta un 10% de los pacientes que son visto al menos durante un año (Mazzoli M., 1991). Y destaca, que en el caso de los trastornos subumbrales dada la relevancia clínica actual a la que ya hemos hecho referencia, apenas si hay estudios sobre el consumo de recursos y que en aquellos casos que lo evalúan los resultados son comparables a los enfermos mentales evaluados por el número de consultas (Johnson J y col., 1992).

Ante esta situación hay distintos autores que llaman la atención sobre esta problemática y proponen algunas alternativas para evitar las consecuencias anteriormente descritas. Huertas R. (2000) apunta la necesidad de defender unos servicios públicos de salud que permitan garantizar la solidaridad y el reparto, así como el establecimiento de prioridades sociales y clínicas que, sin renunciar a la eficiencia (entendida como una herramienta más de planificación) consigan ser verdaderamente eficaces mejorando el estado de salud de la población. Moncrieff J. (2004) apunta a que, esperando la propia remisión natural del malestar, se podría animar a proveer cuidados y seguridad a estas personas, e intentar mejorar la confianza en su capacidad y habilidad para manejar su condición. Richman A. y Barry A. (1985) afirman que los psiquiatras necesitan redefinir sus límites, sus roles y sus funciones y definir qué clase de pacientes deben tratar, para qué funciones y objetivos; del mismo modo que plantea Leal Rubio J. (1999) quien sugiere que no se puede ni idealizar las posibilidades de los profesionales ni tampoco permanecer impasibles. Moynihan R. y Smith R. (2002) defienden nuevos conceptos de reparto de cuidados y recolocación de recursos, mejores definiciones y clasificaciones de los trastornos mentales; reclamar una distribución universal de cuidados básicos efectivos para la salud, resistirse a la categorización de los problemas de la vida como problemas médicos, realizar investigaciones longitudinales sistemáticas sobre los tratamientos y/o intervenciones más eficientes para estas personas y decidir qué servicios podrían ser útiles para tratarlos. Según Leibovich L. y Lievre L. (2002) habría que realizar un trabajo conjunto entre los profesionales médicos y la población con una propuesta común en la que se evalúen que intervenciones son las más eficientes y aceptables y promoverlas. Y, por último, Gilbert G y col., (2000) señalan la necesidad de definir las prioridades de los servicios de salud y determinar cuáles van a ser incluidos permitiendo así unos suministros equilibrados en función de la gravedad de los casos.

7. JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO.

En los estudios previos realizados hasta el momento (Windle Ch y col., 1988; de Figuereido J.M., Boerstler H y O'Connell L., 1991; Siddique C.M., Aubry T. y Mulhall D., 1996; Siddique C.M. y Aubry T., 1997; Spinhoven P. y Van der Does J.W., 1999), se considera que estas personas sin trastorno mental son un carga asistencial importante para los centros de salud mental, ya que aún padeciendo condiciones clínicas menos graves que los trastornos mentales, consumen recursos de una forma comparable a ellos, y plantean cuestiones acerca de si es o no apropiado tratar a estas personas. A pesar de estar consideraciones, no hay estudios hasta el momento actual que hayan evaluado la eficacia del tratamiento para estas personas con malestar ni qué tipo de tratamiento sería el más indicado.

El propósito de nuestro estudio es conocer la evolución clínica de estas personas y evaluar que proporción de ellos desarrollan un trastorno mental a corto-medio plazo, e intentar definir un perfil de aquellos que pudiesen tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedad mental. Y en segundo lugar, analizaremos el uso de recursos de estas personas con malestar y si existe también un perfil de aquellos que hacen un uso mayor de los recursos.

OBJETIVOS

1. Analizar la evolución clínica a los nueve meses de las personas sin trastorno mental diagnosticable que acuden a un centro de salud mental y qué características sociodemográficas, asistenciales y clínicas se asocian a esa evolución.
2. Analizar el uso de recursos a los seis y doce meses y qué características sociodemográficas, asistenciales y clínicas se asocian a ello.
3. Analizar la valoración subjetiva de estas personas de las intervenciones en salud mental que ha recibido y las características sociodemográficas, asistenciales y clínicas que se asocian a ello.
4. Determinar la indicación clínica de estas personas a los seis meses de su evaluación y las características sociodemográficas, asistenciales y clínicas que se asocian a ello.
5. Analizar las diferencias en el tratamiento farmacológico en el momento de la evaluación clínica y en la reevaluación a los nueve meses.
6. Establecer las diferencias en la indicación clínica y uso de recursos de estas personas según el profesional que les atendió: psiquiatra o psicólogo.
7. Determinar si existen diferencias entre las personas sin trastorno mental diagnosticable que acudieron a la reevaluación y lo que no acudieron para intentar evaluar cualquier sesgo metodológico.

HIPÓTESIS

1. La evolución clínica a los 9 meses de las personas sin trastorno mental diagnosticable que acuden a un centro de salud mental será favorable siendo la incidencia de desarrollo de enfermedad mental muy baja.
2. La utilización de recursos de salud mental a los 6 y 12 meses de las personas sin trastorno mental medida por el número total de citas concertadas en dicho tiempo será escasa teniendo en cuenta que estas personas no padecen ninguna enfermedad mental. Con respecto a las citas ausentes, estas personas tendrán una tendencia apreciable a fallar a las citas concertadas, posiblemente en relación con su mejoría clínica.
3. El alta definitiva sería la indicación clínica más frecuente de los códigos Z a los 9 meses.
4. Las personas sin trastorno mental diagnosticable que fueron atendidos por psicología tendrían una mayor tendencia a continuar en seguimiento que aquellas atendidas por psiquiatría, y consecuentemente, la media de citas empleadas será mayor .
5. Con respecto al tratamiento farmacológico, la mayor parte de los códigos Z no tomarán ningún tratamiento psicofarmacológico a los 9 meses.
6. La mayoría de los códigos Z diagnosticados tendrían una valoración subjetiva positiva de la intervención realizada por nuestra parte en el dispositivo de salud mental, aunque posiblemente la media de dicha valoración subjetiva será inferior al valor medio de las expectativas con las que acudían inicialmente a nuestro centro de salud mental.
7. No se evidenciarían diferencias significativas en cuanto a las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales entre los que acuden a reevaluación y los que no acuden finalmente, posiblemente porque éstos últimos, al haber desaparecido o mejorado su malestar, no consideran necesario volver a consulta a ser reevaluados.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño

Estudio observacional descriptivo de seguimiento prospectivo de una cohorte de pacientes atendidos en un centro de salud mental y diagnosticados de código Z según CIE-10 durante 12 meses.

Se realizó en primer lugar un estudio piloto de seis meses de duración para poder predeterminar el período de reclutamiento necesario para alcanzar el tamaño de la muestra deseado que necesitábamos, detectar posibles errores en el procedimiento y unificar criterios en el equipo investigador en el manejo de las variables y, especialmente en la discriminación de trastorno mental versus no trastorno.

2. Emplazamiento

Centro de Salud Mental (CSM) del Distrito de Salamanca. Este CSM pertenece al Área Sanitaria 2 de Madrid. La atención ambulatoria en salud mental del distrito se realiza en este centro salvo dos consultas de neuropsiquiatra que todavía permanecen en un ambulatorio de especialidades y las consultas externas del Hospital de La Princesa donde se atienden algunas de las derivaciones de las consultas externas de otras especialidades.

3. Población

El CSM atiende al distrito de Salamanca que tiene una población de 140.000 habitantes. De éstos, 121.000 son mayores de 18 años y por tanto, la población de referencia del programa de adultos del centro. Es un distrito urbano con predominio de mujeres (proporción de masculinidad de 76,7) con hogares con un promedio de 2,7 miembros (desviación típica 1,6). La proporción de analfabetismo es del 0,3. La población activa representa el 49,2% del total y hay una tasa de paro del 18,7%. Aunque hay una diferencia marcada entre los distintos barrios, la renta global es de las más elevadas del municipio de Madrid. (www.madrid.org/iestadis/indisal.htm).

4. Muestra

Una muestra de 250 pacientes permitiría una precisión del **XX%** en las variables y del **XX%** en las cuantitativas.

El estudio piloto indicó una prevalencia entre el 20 y el 30% de personas que acuden a un CSM sin trastorno mental diagnosticable, por lo que necesitábamos preincluir para evaluación unos mil pacientes nuevos para obtener un tamaño muestral de 200-300. Se incluyeron entonces a todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) que pidieron cita para consulta nueva en el CSM desde el 30 de enero de 2001 al 19 de febrero de 2002 sin excluir a ninguno, en total 1215. Se consideran pacientes nuevos a todos aquellos que no tienen historia clínica en el CSM o, si la tienen, han transcurrido más de dos años desde su último contacto con el centro. De estos no acudieron finalmente a la primera cita 211 por lo que se evaluaron a 1004 pacientes. En la primera parte descriptiva del estudio, de esos 1004 pacientes nuevos evaluados, 244 fueron diagnosticados de códigos Z según la CIE-10.

El hecho de que la muestra sea consecutiva y completa elimina cualquier sesgo derivado del muestreo aleatorio. Como el periodo de recogida de datos abarca un año se elimina también cualquier posible sesgo estacional de la muestra.

5. Procedimiento

5.1. Derivación

Los pacientes que acuden al CSM para cita de consulta nueva pueden venir derivados de los equipos de Atención Primaria del distrito (siete centros de salud con horarios de mañana y tarde), de las urgencias hospitalarias, altas de la Unidad de Hospitalización Breve psiquiátrica (UHB) del Hospital de La Princesa o de otros servicios médicos especializados (ya sean de pacientes hospitalizados o de consultas externas o del ambulatorio de especialidades) de los Servicios Sociales del distrito o de los juzgados. Los pacientes tienen que acudir con un volante o informe de derivación donde se debería especificar la información clínica básica por la que se remita al paciente.

5.2. Recepción

El paciente o, en su defecto un familiar, se presentan en la secretaría del CSM con el volante o informe de derivación para solicitar la primera cita. Ese volante es leído por un psiquiatra o psicólogo del equipo asistencial y según la información de la que dispone, decide citar al paciente con un psiquiatra o con un psicólogo. El equipo asistencial facultativo se compone de cinco psiquiatras (tres hombres y dos mujeres) y dos psicólogas.

En el volante viene especificado si el paciente precisa una cita preferente o normal. Por defecto, se cita como normal. A todos los pacientes que vienen con un volante de derivación preferente se les cita con un psiquiatra, independientemente de la información clínica que conste en el mismo.

El tiempo de espera desde la recepción hasta la primera cita es habitualmente de menos de dos semanas para los preferentes, para derivaciones normales de alrededor de un mes si la consulta es con un psiquiatra y de unos cincuenta a sesenta días si es con un psicólogo.

5.3. Consulta de evaluación

En la consulta de evaluación se cita al paciente quince minutos antes para que pueda rellenar unos cuestionarios que se le proporcionan. Al entregárselos se le informa de que conviene que los cumplimenten porque van a aportar información que puede ser relevante en la entrevista con el facultativo. Estos cuestionarios son: una escala de expectativas (anexo 4), el GHQ-28 (anexo 5) y el SCL-90-R (anexo 6). A continuación entran en la consulta donde son evaluados por el facultativo que dispone de una hora para atender al paciente.

De los 1004 pacientes nuevos asistentes se seleccionan tras la evaluación clínica a los que no tienen una enfermedad mental diagnosticable según la CIE-10. En estos casos, esta clasificación recomienda que se utilicen los códigos Z del capítulo XXI, "Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud" (anexo 1). De esta manera, a cada paciente que no era diagnosticado de trastorno mental, se le asigna el código Z correspondiente y el profesional rellena un protocolo (anexo 2) que recoge

la mayor parte de las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas que se van a analizar en este estudio. Al final de la entrevista también se toman las decisiones clínicas que afectan al tratamiento del paciente y a la indicación de alta o seguimiento en el CSM con algún profesional.

5.4. Detección de los pacientes que consultan sin trastorno mental diagnosticable (códigos Z de la CIE 10)

El método que hemos empleado para definir si el paciente que consulta presenta o no un trastorno mental ha sido el diagnóstico, siguiendo los criterios de la CIE 10 de la OMS, mediante la entrevista clínica. Esta clasificación es la que se emplea habitualmente en todos los estudios de investigación epidemiológica sobre trastornos mentales en Europa. La definición de trastorno mental por cualquier clasificación podría calificarse de arbitraria pero, cuando menos, en el caso de la CIE 10 se trata de una arbitrariedad ampliamente consensuada que permite replicar los estudios y compararlos.

Para unificar criterios entre los facultativos del equipo asistencial mantuvimos dos reuniones en las que discutimos sobre el límite entre trastorno mental y no trastorno según los criterios CIE 10. Tras repasar el diagnóstico diferencial con Episodio depresivo leve (F32.0), Distimia (F34.1), Otros trastornos de ansiedad (F41) y Trastornos de adaptación (F43.2), constatamos que la frontera entre tener un trastorno mental o no, no estaba delimitada claramente y sujeta en muchas ocasiones a la interpretación del clínico. Particularmente difícil era distinguir entre un trastorno de adaptación y una reacción emocional normal ante un acontecimiento vital. La CIE 10 define el trastorno adaptativo como: “Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante.” Esta definición es bastante abierta ya que se basa en determinar, desde la subjetividad del clínico, la posible interferencia en la vida social del paciente (sin ningún tipo de estandarización) de sus alteraciones emocionales. En la CIE 10 se reconoce esta dificultad e intenta que se codifique con códigos Z del capítulo XXI aquellas situaciones que no resulten patológicas “...los contactos con servicios médicos y

psiquiátricos a causa de reacciones de duelo normales, adecuados a la cultura del individuo y que no excedan los seis meses de duración no deben codificarse de acuerdo a la codificación de este tomo V (F), sino con códigos del capítulo XXI de la CIE 10...”

Para poder estudiar los posibles sesgos que se plantean en el diagnóstico en salud mental y la delimitación entre trastorno mental y no trastorno consideramos dos grupos de códigos Z, los que claramente no podían ser diagnosticados de trastorno mental (Z inequívocos) y aquellos que estaban en el límite del diagnóstico, a los que llamamos Z dudosos.

5.5. Devolución.

Una vez diagnosticado el paciente como código Z, en esa primera entrevista o en posteriores en caso de que continuase seguimiento, además del tratamiento psicofarmacológico pautado se le aporta una explicación sencilla y razonada de lo que le sucede que incluye sus síntomas, los factores biopsicosociales asociados con el objetivo de contextualizar sus síntomas y legitimarlos, de modo que se produzca una resignificación de lo que el usuario trae como enfermedad.

5.6. Consulta de reevaluación.

Independientemente de la indicación terapéutica realizada tras la primera cita (alta, seguimiento, psicoterapia, relajación,...), a los 6-9 meses, se contactó nuevamente por vía telefónica con los 244 pacientes diagnosticados de códigos Z. El tiempo total empleado para la reevaluación de los códigos Z fue de 14 meses (entre 1 agosto del 2001 y 30 octubre del 2002). En este caso, la reevaluación sólo es realizada por 3 miembros del equipo, en concreto 2 psiquiatras y un MIR de psiquiatría, que son quienes posteriormente se encargarán de la evaluación de los resultados y su correspondiente publicación. En la primera entrevista de evaluación previa no se les había comunicado a los pacientes que serían nuevamente evaluados al cabo de un tiempo. En ese contacto telefónico les transmitimos nuestro interés en evaluar su estado clínico y se les da una cita de reevaluación en el CSM que no sobrepase los 9 meses

de la primera de acuerdo a horarios y fechas acordes al paciente y al terapeuta. Se les solicitaba que nuevamente acudiesen 15 minutos antes de la hora fijada para rellenar los mismos cuestionarios que la primera vez (escala de expectativas, GHQ-28 y SCL-90R).

En el caso de no localizar al paciente telefónicamente o citarlo y, posteriormente no acudir a consulta, se consideraba no reevaluado y recogíamos el motivo de dicha no-reevaluación: ilocalizable, negativa a acudir, fallecimiento, no asistencia a la cita concertada. En este último caso, de los primeros 50 pacientes citados para la reevaluación, nos encontramos que 18 pacientes no acudieron a la cita programada previamente, sospechamos que debido a que ya se encontraban bien habiendo desaparecido su malestar y, por tanto, su demanda inicial. Si no acudían a la cita, lógicamente no se les podía reevaluar y, consecuentemente, no obteníamos los datos necesarios para las conclusiones del estudio prospectivo. Así que tratamos de solventar esta dificultad de la siguiente manera: cuando contactábamos telefónicamente con ellos para concertar la cita de reevaluación, ya realizábamos una serie de preguntas para evaluar su estado clínico y rellenar el protocolo pertinente: cómo se encontraban, si había surgido algún nuevo factor desencadenante, si estaban tomando medicación y cuál, cuánto tiempo llevaban tomándola, si habían cumplido las indicaciones terapéuticas iniciales, cuánto creían que les habíamos servido de ayuda,...De esta manera hacíamos una evaluación clínica telefónica que luego se vería complementada con los cuestionarios si acudían a la cita.

En el caso de que el paciente acudiese a la cita concertada, se mantiene una entrevista clínica de 30 minutos, y tras ella, el terapeuta rellena un protocolo de reevaluación (anexo 3) en el que recoge las variables clínicas y asistenciales que se analizarán posteriormente en el estudio. Así mismo, al final de la entrevista, se toman las decisiones pertinentes con respecto al tratamiento e indicación de alta o seguimiento en el CSM.

5.7. Utilización de recursos.

Además de la reevaluación mediante entrevista clínica en la que se recogen variables clínicas y asistenciales, se extrajeron los datos del movimiento asistencial del sistema de Información (Registro de Casos Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid) para obtener el total de citas consumidas por cada paciente diagnosticado como código Z y la resolución de cada caso. Contabilizamos las citas concertadas totales en un período de 6 y 12 meses independientemente de que acuda o no; de esas citas totales, contabilizamos además aquellas citas concertadas a las que el paciente no había acudido a los 6 y 12 meses (citas ausentes) y, por último, recogimos la resolución también a los 6 y 12 meses en forma de alta definitiva, alta voluntaria, abandono, seguimiento en el CSM y cambio de residencia.

Para comparar entre pacientes el número de citas ausentes, se calculó un cociente (citas ausentes/citas totales -1) cuyos valores oscilaban entre 0 (nunca faltaron a una cita) y 1 (nunca acudieron a las siguientes citas de seguimiento); los valores intermedios correspondían a aquellos pacientes que faltaron en alguna ocasión a una cita concertada.

6. Instrumentos

6.1. GHQ-28 (Anexo 5)

6.1.1.Descripción

Basándose en el Cornell Medical Index, el trabajo de Abrahamson y col. y el de Veroff y col., David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas —GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12—. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo “escalado” de 28 ítems —GHQ-28— compuesto de cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios

epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems — Muñoz y col., 1978, la de 30 ítems —Lobo y Gimeno Aznar, 1981—, la de 12 ítems —Muñoz y col., 1995—. Sin embargo, el más difundido en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo y col. en 1985, es el que hemos utilizado.

El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

La puntuación GHQ, consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.

6.1.2. Interpretación

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Como elemento de screening tiene ventajas sobre el SCL-90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos este último ha demostrado su superioridad. Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria.

La mayoría de las críticas sobre el GHQ han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo. Goldberg desarrolló el GHQ para monitorizar el cambio reciente que han experimentado los

pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será “no más que lo habitual” y no identificará este como problemático. Este problema se puede obviar parcialmente utilizando la puntuación GHQ para corregir el cuestionario. El GHQ no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

6.1.3. Propiedades psicométricas

- Fiabilidad:

Los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes. En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 ($r = 0.90$).

- Validez:

En los múltiples trabajos llevados a cabo en diferentes lugares del planeta, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% —mediana del 86%— y la especificidad entre el 74% y el 93% —mediana del 82%—.

En nuestro país, también se ha utilizado este instrumento psicométrico en numerosos estudios. En el trabajo de validación de Lobo et al. se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna. Los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso clínico/6 caso clínico) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7 una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las subescalas, frente al diagnóstico según criterios ICD-9, hecho por dos psiquiatras entrenados en la administración de la CIS (Clinical Interview Schedule).

6.2. SCL-90-R (Anexo- 6)

6.2.1.Descripción

El SCL-90-R es un cuestionario multidimensional autoadministrado. El paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados, hasta que punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (0 no la ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema). El cuestionario explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

El Symtom Check List fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de screening como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 items y era conocido como Hopkins Symtom Check List (HSCL). Derogatis y col. desarrollaron en 1973 una versión de 90 items (SCL-90), a la que en 1977 le cambiaron 2 items y le modificaron ligeramente otros 7, así nació el SCL-90-R.

En nuestro país, se hizo una adaptación al castellano del SCL-90 por parte de J. Guimón et al. que se presentó en el XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Jaca (Huesca) en 1.983. En 1.989, el grupo de trabajo dirigido por J.L. González de Rivera adaptó la versión española del SCL-90-R. Aunque ha sido publicado un análisis factorial de ésta, no hemos encontrado datos referentes a la fiabilidad y validez de la misma.

6.2.2.Interpretación

Se trata de un cuestionario sencillo y fácil de aplicar. Puede ser de utilidad en atención primaria como medida de la gravedad sintomática o como elemento de screening, aunque en este caso el GHQ es más breve y tiene puntos de corte bien definidos. Es más interesante todavía como medida

multidimensional de psicopatología, sobre todo si uno está interesado en los trastornos de depresión y ansiedad, en este apartado es superior al GHQ-28.

La corrección del SCL-90-R ofrece tres niveles de información: global, dimensional y de síntomas discretos.

- GLOBAL, proporciona 3 índices:

- GSI (Índice Global de Gravedad) que hace referencia a la intensidad media del conjunto de los 90 items.

- PST (Total de Síntomas Positivos), hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente.

- PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos), hace referencia a la intensidad media de los síntomas positivos.

- DIMENSIONAL, proporciona 9 índices uno por cada dimensión sintomática.

- SÍNTOMAS DISCRETOS, hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de items que hacen referencia a trastornos del sueño, del comportamiento alimentario, etc.

De las Cuevas y col., administrando el cuestionario a 167 pacientes ambulatorios de las consultas externas del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, obtuvieron los siguientes resultados: El índice PST, fue de 59.3 (\pm 16.8); el índice PSDI fue de 2.44 (\pm 0.64); el índice global de gravedad GSI registró un valor de 1.66 (\pm 0.73); la dimensión sintomática que registró una mayor puntuación fue la depresión 2.02 (\pm 0.86), seguido de la ansiedad 1.84 (\pm 0.93), obsesión-compulsión 1.77 (\pm 0.91) y somatización 1.72 (\pm 0.89). Al comparar los resultados con las diferentes categorías diagnósticas del ICD-10, los autores ponen de manifiesto que los pacientes pertenecientes a la categoría F2 (esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes) obtienen las máximas puntuaciones en 5 de las 9 dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (psicoticismo, ideación paranoide, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal y obsesión compulsión); los pacientes de la categoría F3 (trastornos afectivos,

del ánimo, del humor), obtienen las máximas puntuaciones en 3 de las dimensiones sintomáticas del SCL-90-R (depresión, ansiedad y somatización).

El mismo grupo de trabajo anterior, aplicando el cuestionario a 570 ciudadanos de la población general de Tenerife obtuvieron un índice GSI de 0.45 (\pm 0.33).

Aunque se ha utilizado en diferentes estudios clínicos en nuestro país, es necesaria la validación de la versión española y más estudios sobre la misma. Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. Para algunos autores, este instrumento ofrecería más una medida de disconfort general que un perfil psicopatológico determinado, aunque otros estudios han demostrado la validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión.

6.2.3. Propiedades psicométricas

Aunque no disponemos de datos referidos a la versión española del SCL-90-R, si existen de una reciente validación germana, realizada en una muestra de pacientes ambulatorios de una clínica psicosomática y en un grupo control sano.

- Fiabilidad:

La consistencia interna de las 9 subescala fue buena, oscilando la α de Cronbach de 0.78 a 0.90

- Validez:

En cuanto a validez predictiva, para un punto de corte de 0.5 en el GSI, ofrece una sensibilidad del 0.83, especificidad del 0.80, VPP 0.91 y VPN 0.66. Para una muestra de pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, con el mismo punto de corte, la sensibilidad es del 0.64, la especificidad del 0.74, VPP 0.58 y VPN 0.77. En el mismo trabajo, se confirma, mediante análisis ROC, la adecuada validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión.

También se demuestra en el mismo trabajo la adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12.

6.3. ESCALA LIKERT DE VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA (Anexo 4)

Se trata de una escala tipo likert numerada de 0 a 10 en la que se le pide al paciente que señale cuánto cree que ha mejorado al venir al Centro de salud mental. El 0 (cero) corresponde a “nada” y el 10 a “completamente”.

6.4. CGI (Anexo 7)

Se trata de una escala enumerada del 0 al 7 que rellena el terapeuta en la que recoge los cambios clínicos observados en el paciente con respecto a una evaluación previa.

7. Determinaciones

Partiendo del estudio previo observacional, seleccionamos las determinaciones que abarcan tres aspectos de este fenómeno: las variables sociodemográficas, las variables relacionadas con el proceso asistencial de los pacientes y aquellas puramente clínicas , todas estas determinaciones nos van a servir como variables independientes para cruzar con las recogidas en el estudio de reevaluación. Obviamente, para poder realizar posteriormente un análisis estadístico que nos ayudara a entender las relaciones entre los distintos factores, agrupamos algunas de las categorías siguiendo un criterio clínico.

7.1. Variables del estudio observacional .

- Sociodemográficas.

1. Sexo

- Hombre

- Mujer

2. Edad (se ha considerado variable cuantitativa)

3. Estado civil

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Separado

En el análisis de correlación entre variables se agruparon las categorías con pareja (casado) y sin pareja (soltero, viudo, divorciado y separado) ya que no pensamos que su distinción ofrezca interés a nivel clínico o asistencial.

4. Nivel educativo

- Analfabeto
- Estudios primarios
- Graduado escolar
- Bachillerato o formación profesional
- Diplomado
- Licenciado

En el análisis de correlación agrupamos las categorías para establecer tres niveles educativos: hasta estudios primarios (incluye a analfabetos), graduado escolar/ bachillerato-formación profesional y los que tienen estudios universitarios (diplomados y licenciados).

5. Ocupación laboral.

En el análisis descriptivo pormenorizamos esta determinación en diez categorías:

- Empresario con más de diez trabajadores
- Empresario con cinco a diez trabajadores
- Empresario con menos de cinco trabajadores
- Trabajador por cuenta ajena-directivo
- Trabajador por cuenta ajena-técnico cualificado
- Trabajador por cuenta ajena-técnico poco cualificado
- Funcionario-directivo
- Funcionario-técnico cualificado
- Funcionario-técnico poco cualificado
- Ama de casa

Para el análisis correlacional agrupamos las categorías en tres niveles de la siguiente manera: empresarios, asalariados (trabajador por cuenta ajena y funcionario) y ama de casa.

6. Situación laboral

- Cumpliendo el servicio militar
- Trabajando
- Buscando el primer empleo
- Parado sin cobrar el subsidio de desempleo
- Parado que lo cobra
- Jubilado o retirado
- Estudiante
- Ama de casa
- Situación de incapacidad laboral transitoria
- Incapacidad laboral permanente

Para el análisis correlacional agrupamos tres categorías: activo ocupado (trabajando y situación de incapacidad laboral transitoria), activo parado (buscando primer empleo, parado sin cobrar y parado cobrando) y no activo (servicio militar, jubilado, estudiante, ama de casa, incapacidad laboral permanente).

7. Tipo de contrato:

- Fijo o indefinido
- Temporal
- Autónomo

Para el análisis correlacional se mantuvieron estas 3 categorías.

- Asistenciales

Profesional: variable constituida por cada uno de los siete profesionales que realizaban la evaluación. Esta variable se ha agrupado en el análisis de relación de variables en hombres y mujeres y en psiquiatras y psicólogos.

8. Sexo del profesional

- Hombre
- Mujer

9. Tipo de profesional

- Psiquiatra
- Psicólogo

10. Derivación:

- Normal
- Preferente

11. Demandante .

Esta determinación es la respuesta a la pregunta “¿de quién fue la idea primordialmente de consultar en Salud Mental?”. Las categorías recogidas son:

- Médico de Atención Primaria
- El propio paciente o su familia
- El médico del hospital (urgencias o UHB)
- Médicos de otras especialidades
- Otros profesionales (que incluye aquellos que vienen remitidos de Servicios Sociales, de los Juzgados, etc.)

Para el análisis de relación de variables agrupamos las categorías en dos: aquellos cuya idea de consultar fue de los pacientes o su familia y aquellos cuya demanda parte de un profesional, médico casi siempre pero también profesionales de otras instituciones.

• Clínicas.

12. Antecedentes psiquiátricos

- No
- Ambulatorios
- Hospitalarios

En el análisis de relación de variables hemos agrupado las categorías de antecedentes psiquiátricos ya fueran hospitalarios o ambulatorios en un mismo grupo frente a aquellos que no tenían ningún tipo de antecedente psiquiátrico previo.

13. Tipo de Z.

En esta variable se recoge si había o no dudas en que el paciente fuera un trastorno mental y se le diagnosticara con un código Z.

- Z inequívoco
- Z dudoso

14. Código Z.

Según C.I.E. 10 de la O.M.S. Aunque una minoría de personas podía tener un segundo código Z, e incluso un tercero, se ha registrado el primero y más relevante en estos casos.

15. GHQ-28 inicial.

16. SCL-90R inicial:

- SCL-90R inicial GSI (Índice Global de Gravedad)
- SCL-90R inicial PST (Total Síntomas Positivos)
- SCL-90R inicial PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos)
- SCL-90R inicial SD (síntomas discretos)
- SCL-90R inicial SOM (somatización)
- SCL-90R inicial OC (obsesión-compulsión)
- SCL-90R inicial ISI (sensibilidad interpersonal)
- SCL-90R inicial DEP (depresión)
- SCL-90R inicial ANS (ansiedad)
- SCL-90R inicial HOS (ira-hostilidad)
- SCL-90R inicial FOB (ansiedad fóbica)
- SCL-90R inicial PAR (ideación paranoide)
- SCL-90R inicial PSY (psicoticismo)

17. Expectativas iniciales.

Sobre una escala tipo Likert puntuada de 0 (nada) a 10 (completamente) se le pedía al paciente: “Señale con una raya cuánto cree que va a mejorar al venir a este centro de salud mental”.

Para el análisis correlacional, agrupamos en 3 categorías: valoración negativa (0-4,5), valoración positiva (5-9) y valoración mágica (9,5-10).

18. Indicación tras evaluación.

Las posibles indicaciones que se realizan tras la evaluación son:

- Alta
- Seguimiento psiquiátrico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia grupal
- Relajación
- Trabajo social

En el análisis correlacional, se agrupó finalmente en 2 categorías: alta y seguimiento (incluyendo aquí el seguimiento psiquiátrico, las distintas variantes de psicoterapia, relajación y trabajo social).

7.2. Variables del estudio prospectivo.

1. Reevaluación.

Se recoge si el paciente es o no reevaluado.

2. Tipo reevaluación.

En el caso que el paciente sea reevaluado, se recoge si es a través de una entrevista clínica previamente concertada o por teléfono.

3. Causa de no reevaluación

Si el paciente no es reevaluado, se recoge el motivo:

- Ilocalizable
- Fallecimiento
- Negativa a ser reevaluado
- No acude a la cita concertada

4. Tiempo de reevaluación

Se recoge el tiempo transcurrido en meses desde la primera entrevista de evaluación hasta la entrevista de reevaluación.

5. Asistencia a reevaluación.

Se recoge si, una vez citado telefónicamente el paciente, acude o no a consulta.

6. CGI final.

Se recoge en un cuestionario de 8 ítems rellenado por el propio profesional el cambio clínico que objetiva en el paciente:

- 0= No evaluado
- 1= Mucho mejor
- 2= Bastante mejor
- 3= Algo mejor
- 4= Sin cambios
- 5= Algo peor
- 6= Bastante peor
- 7= Mucho peor

En el análisis de relación, hemos agrupado a los pacientes en 3 grupos: aquellos que no han experimentado cambios (4), los que se encontraban mejor (1-3) y los que estaban peor (5-7).

7. Desarrollo de enfermedad mental.

Se recogen a todos aquellos pacientes con un diagnóstico Z inicial que desarrollan un trastorno mental según código C.I.E. 9 de la O.M.S.

8.Código C.I.E. 9.

Se catalogan los distintos trastornos mentales según código C.I.E. 9 de la O.M.S. que se han desarrollado en los pacientes inicialmente diagnosticados como códigos Z

9. Código Z final.

Según C.I.E. 10 de la O.M.S. Aunque una minoría de personas podía tener un segundo código Z, únicamente se ha registrado el primero y más relevante en esos casos.

10. Valoración subjetiva de la intervención terapéutica (variable cuantitativa).

Sobre una escala tipo Likert puntuada de 0 (nada) a 10 (completamente) se le pedía al paciente: “Señale con una raya cuánto cree que ha mejorado por venir a este centro de salud mental”.

En el análisis de relaciones de variables hemos agrupado esta variable cualitativamente en 2 subgrupos: valoración negativa (rango de 0 a 4) y valoración positiva (rango de 5 a 10).

11. Tratamiento actual.

En esta determinación se recoge el tratamiento psicofarmacológico que tienen pautado los pacientes en el momento de ser reevaluados.

- No
- Benzodiacepinas
- Antidepresivos
- Benzodiacepinas + antidepresivos
- Otros

Para el análisis de relaciones de variables hemos realizado 3 subgrupos: aquellos que no estaban tomando en el momento de la reevaluación ningún tratamiento; aquellos que sólo tomaban benzodiacepinas; y aquellos que tomaban benzodiacepinas asociadas a otro psicofármaco (antidepresivo, neuroléptico).

12. Duración del tratamiento.

En aquellos pacientes que continúan tomando tratamiento, se recoge cuánto tiempo hace que lo toman.

- < 2 meses
- 2-6 meses
- 7-12 meses
- > 1 año

13. Tratamiento privado.

Se recogen a aquellos pacientes que, independientemente si realizan o no seguimiento en nuestro centro de salud mental, han consultado en el circuito privado:

- Sí
- No

14. Tipo de tratamiento privado.

Entre aquellos pacientes que sí habían consultado con el circuito privado, se recogía que tipo de profesionales los habían tratado:

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Otros (naturópata, homeópata,...)

15. GHQ-28 final

16. SCL90-R final:

- SCL90R final GSI (Índice Global de Gravedad)
- SCL90R final PST (Total Síntomas Positivos)
- SCL90R final PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos)
- SCL90R final SD(síntomas discretos)
- SCL90R final SOM (somatización)
- SCL90R final OC(obsesión-compulsión)
- SCL90R final ISI (sensibilidad interpersonal)
- SCL90R final DEP (depresión)
- SCL90R final ANS (ansiedad)
- SCL90R final HOS (ira-hostilidad)
- SCL90R final FOB (ansiedad fóbica)
- SCL90R final PAR (ideación paranoide)
- SCL90R final PSY (psicoticismo)

17. Citas totales a los 6 meses

En esta variable, se recogen el número total de citas concertadas al paciente en los 6 meses siguientes a la primera entrevista, independientemente que acudan o no.

18. Citas totales a los 12 meses

Se recogen el número total de citas concertadas al paciente en los 12 meses siguientes a la primera entrevista, independientemente que acudan o no.

19. Cociente citas ausentes/ citas totales-1 a los 6 meses

Se elabora un cociente entre el número total de citas concertadas a los 6 meses a las que no acudieron aquellas personas diagnosticadas como códigos Z y el número total de citas concertadas en el mismo período restándole 1. Dicho cociente nos permitió evaluar la cumplimentación de las citas

concertadas en aquellas personas que continuaron en seguimiento con nosotros y que permitía descartar aquellos que fueron dados de alta en la primera cita. Se realizó un análisis cualitativo separando la variable citas totales en cuatro categorías (1 cita única, 2-5 citas, 6-10 citas, y más de 10 citas), y el cociente citas ausentes/citas totales-1 en 3 categorías: cumplidores (aquellos que acuden a todas las citas concertadas), cumplidores parciales (aquellos que fallaron a alguna de las citas concertadas) y no cumplidores (los que abandonan). Con esta evaluación pudimos conocer el consumo de recursos que han realizado estas personas que no tienen un diagnóstico de trastorno mental en nuestro centro de salud mental.

20. Cociente citas ausentes/citas totales-1 a los 12 meses

Se elabora el mismo cociente entre el número total de citas concertadas a los 12 meses a las que no acudieron aquellas personas diagnosticados como códigos Z y el número total de citas concertadas en el mismo período restándole 1. Se realizó un análisis cualitativo separando la variable citas totales en cuatro categorías (1 cita única, 2-5 citas, 6-10 citas, y más de 10 citas), y el cociente citas ausentes/citas totales-1 en 3 categorías: cumplidores (aquellos que acuden a todas las citas concertadas), cumplidores parciales (aquellos que fallaron a alguna de las citas concertadas) y no cumplidores (los que abandonan).

21. Resolución tras reevaluación a los 6 meses.

Las posibles alternativas tras la reevaluación a los 6 meses son:

- Abandono
- Alta definitiva
- Alta voluntaria
- En seguimiento

En el análisis correlacional, se decidió agrupar en 3 categorías: abandono/alta voluntaria, alta definitiva y seguimiento.

22. Resolución tras reevaluación a los 12 meses.

Las posibles alternativas tras la reevaluación a los 12 meses son:

- Abandono
- Alta definitiva
- Alta voluntaria
- En seguimiento

En el análisis correlacional, se decidió agrupar en 3 categorías: abandono/alta voluntaria, alta definitiva y seguimiento.

23. Tipo de seguimiento.

Aquellos pacientes que continuaban en seguimiento en nuestro centro de salud mental, se recogía si éste era por parte de psiquiatría, psicología u otros (trabajo social, relajación,...).

- Psiquiatra
- Psicólogo
- Otros

8. Métodos estadísticos.

8.1. Análisis descriptivo

Se llevará a cabo la descripción de las variables, presentando la frecuencia y porcentaje en el caso de las variables categóricas, y la media, la desviación típica, la mediana y el rango para las variables cuantitativas.

8.2. Análisis comparativo

Posteriormente se realizan diversas comparaciones parejas de variables, con el objeto de confirmar o descartar las hipótesis del estudio, mediante tests estadísticos que comprueben la existencia de asociación entre estas variables, tal como se describe a continuación. Se usa el 95% como nivel de confianza para aceptar una asociación como no debida al azar.

En términos generales, para la comparación de variables categóricas entre sí se emplea el test de chi cuadrado. En el caso de tratarse de una variable categórica y una cuantitativa, se usa la t de Student o ANOVA de un factor, según aquella tenga dos o más categorías. Para el caso de que las dos variables a comparar sean cuantitativas, se emplea regresión múltiple. En alguna ocasión se emplea el análisis múltiple de la varianza para controlar la asociación entre dos variables por una tercera. Se llevan a cabo las siguientes estrategias de análisis comparativo:

1. Evolución clínica y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.
2. Uso de recursos (citas totales y ausencia de citas) y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.
3. Valoración subjetiva del paciente y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.
4. Indicación clínica y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.
5. Tratamiento farmacológico y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.
6. Tipo de profesional, indicación clínica y uso de recursos.
7. Reevaluación definitiva y características sociodemográficas, asistenciales y clínicas.

RESULTADOS

I. FRECUENCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE INTERÉS EN LA EVALUACIÓN INICIAL (Ortiz Lobo, 2004).

1. Frecuencia de las variables cualitativas de los individuos sin diagnóstico de trastorno mental.

Variable	Categoría	Frecuencia (%)
Sexo	Masculino	30,3
	Femenino	69,7
Estado civil	Soltero	38,1
	Casado	35,2
	Viudo	11,1
	Divorciado/Separado	15,6
Nivel educativo	Analfabeto	1,6
	Estudios primarios	18,4
	Graduado escolar	10,7
	Bachillerato-Formación profesional	30,3
	Diplomado	13,9
	Licenciado	25
Situación laboral	Trabajando	43,4
	Buscando el primer empleo	2
	Parado con/ sin subsidio	7,8
	Jubilado	15,2
	Estudiante	9
	Ama de casa	9,8
	Incapacidad laboral transitoria/permanente	11,9
Ocupación laboral	Empresario	3,7
	Trabajador por cuenta ajena. Directivo	3,3
	Trabajador por cuenta ajena. Técnico cualificado	21,7
	Trabajador por cuenta ajena. Técnico poco cualificado	27
	Funcionario. Directivo	0,4
	Funcionario. Técnico cualificado	4,9
	Funcionario. Técnico poco cualificado	3,7
	Ama de casa, estudiante, jubilado,...	34
Tipo de contrato	No tiene	43
	Fijo o indefinido	40,2
	Temporal	13,1
	Autónomo	2,5
Tipo de profesional	Psiquiatra	76,7
	Psicólogo	23,3
Sexo del profesional	Hombre	57
	Mujer	43
Derivación	Normal	79,1
	Preferente	20,9
Demandante	Médico de A.P.	32
	Paciente/Familia	54,5
	Urgencias/UHB/Especialidades	8,6
	Otros	4,5

Antecedentes psiquiátricos	No	75
	Sí	25
Tratamiento inicial	No	50,8
	Benzodiacepinas	25,8
	Benzodiacepinas+antidepresivos	15,2
	Antidepresivos	6,6
	Neurolépticos± benzodiacepinas±antidepresivos	0,8
	Otros	0,4
Tipo de código Z	Z inequívoco	66,4
	Z dudoso	33,6
Indicación evaluación	tras Alta	52
	Seguimiento psiquiátrico	16
	Psicoterapia individual	30,3
	Psicoterapia grupal	0,4
	Relajación	0,4
	Trabajo social	0,8

2. Frecuencia de las variables cuantitativas de los individuos sin diagnóstico de trastorno mental.

Variable	Media	Desviación estándar (SD)	Mediana	Rango
Edad	43,7	17,9	40	18- 82
Expectativas	6,8	2,6	7	0-10
GHQ-28	13,4	7,0	14	0-27

Índices	Media	Desviación estándar (SD)
Índice global de gravedad	1,20	0,69
Total de síntomas positivos	36,81	29,03
Índice de distrés de síntomas positivos	2,13	0,67
Somatización	1,35	0,86
Obsesionalidad	1,43	0,86
Hipersensibilidad	1,13	0,88
Depresión	1,70	0,96
Ansiedad	1,35	0,81
Hostilidad	1,07	0,95
Ansiedad fóbica	0,60	0,72
Paranoidismo	1,10	0,89
Psicoticismo	0,74	0,70
Síntomas discretos	1,51	0,90

3. Diagnóstico de los códigos Z.

Código Z	Diagnóstico	Frecuencia (%)
Z00	Examen general e investigación de personas, molestias o diagnósticos informados	1,6
Z02	Exámenes y contactos para fines administrativos	0,8
Z03	Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades o afecciones	1,6
Z04	Examen y observación por otras razones	0,4
Z56	Problemas relacionados con el empleo y desempleo	18,4
Z59	Problemas relacionados con la vivienda y condiciones económicas	0,4
Z60	Problemas relacionados con el ambiente social	8,4
Z62	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	0,4
Z63	Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares	50,7
Z64/Z65	Problemas relacionados con circunstancias sociales	1,2
Z70	Consejo relacionado con actitud, conducta u orientación sexual	1,6
Z71	Personas que se presentan en los servicios de salud para otros consejos médicos	0,4
Z72	Problemas relacionados con el estilo de vida	0,4
Z73	Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida	9,7
Z76	Personas que entran en contacto con servicios de salud en otras circunstancias	0,4
Z85	Historia personal de neoplasia maligna	0,4
Z87	Historia personal de otras enfermedades o afecciones	1,6
Z91	Historia personal de factores de riesgo no clasificados en otra parte	0,8

II. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CLÍNICAS Y ASISTENCIALES DE LA REEVALUACIÓN.

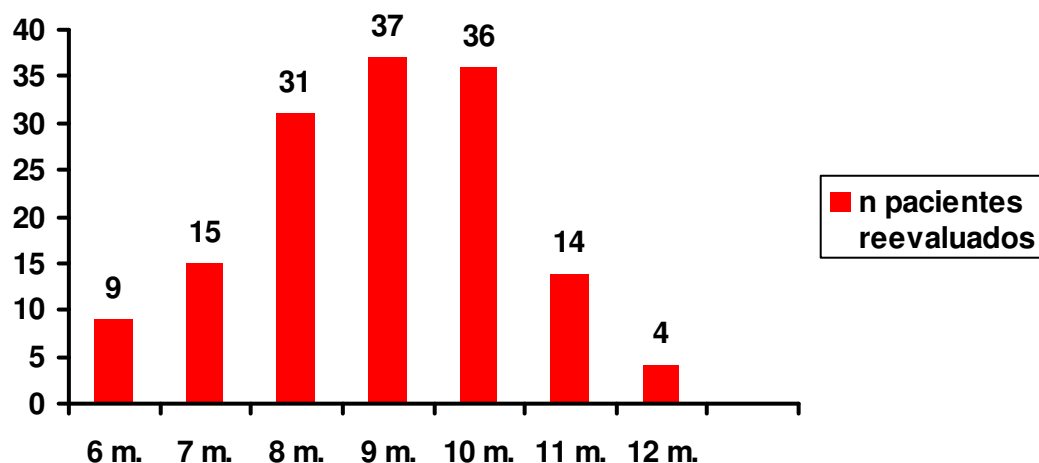
a. Frecuencia de las variables cualitativas asistenciales.

Variable	Categoría	N (%)
Reevaluación final	Sí	146 (59,8%)
	No	98 (40,2%)
Motivo de no reevaluación	Illocalizable	79 (80,6%)
	Fallecimiento	1 (1,02%)
	Negativa a acudir	1 (1,02%)
	No acude a la cita	17 (17,4%)
Tipo de reevaluación final	Cita	99 (67,9%)
	Telefónica	47 (32,1%)

b. Parámetros estadísticos del tiempo transcurrido en la reevaluación clínica.

Variable	Media	Desviación estándar (SD)	Mediana	Rango
Tiempo de reevaluación (en meses)	8,95	1,47	9,0	6-12

Aunque la media del tiempo del reevaluación fue de 9 meses, podríamos considerar el rango del tiempo transcurrido para la reevaluación (entre 6 y 12 meses) amplio, pero existieron diversas razones que explican el límite inferior del rango en la reevaluación (por ejemplo, aquellos pacientes en seguimiento por psiquiatría o psicología que fueron reevaluados a los 6 meses) y el límite superior del rango (por ejemplo, dificultades de contactar telefónicamente con los pacientes para concertar la cita de reevaluación, dificultades para acordar la fecha de la cita de reevaluación,...). De cualquier modo, del total de 146 pacientes reevaluados, más de 2/3 fueron reevaluados entre los 8 y los 10 meses como queda reflejado en la gráfica siguiente:



c. Frecuencia de las variables cualitativas clínicas.

Variable	Categoría	N (%)
CGI final	Mejor (1-3)	124 (84,9%)
	Sin cambios (4)	16 (11%)
	Peor (5-7)	6 (4,1%)
Desarrollo de enfermedad mental	No	239 (98%)
	Sí	5 (2%)
Código CIE-9 definitivo	292.8(Psicosis debidas a drogas)	1 (20%)
	301.5 (T. Histérico de la personalidad)	1 (20%)
	309.1 (Reacción depresiva prolongada)	2 (40%)
	309.2 (Reacción de adaptación con predominio de alteración de otras emociones)	1 (20%)

	Tratamiento inicial	Tratamiento final
Tipo de tratamiento psicofarmacológico		
Ninguno	50,8% (124)	58,9% (86)
BZD	25,8% (63)	25,3% (37)
BZD ± AD ± otros	23,4% (56)	15,8% (23)

Duración del tratamiento psicofarmacológico	N (%)
< 2 meses	14 (23,3%)
2-6 meses	17 (28%)
6-12 meses	21 (35%)
> 12 meses	8 (13,3%)

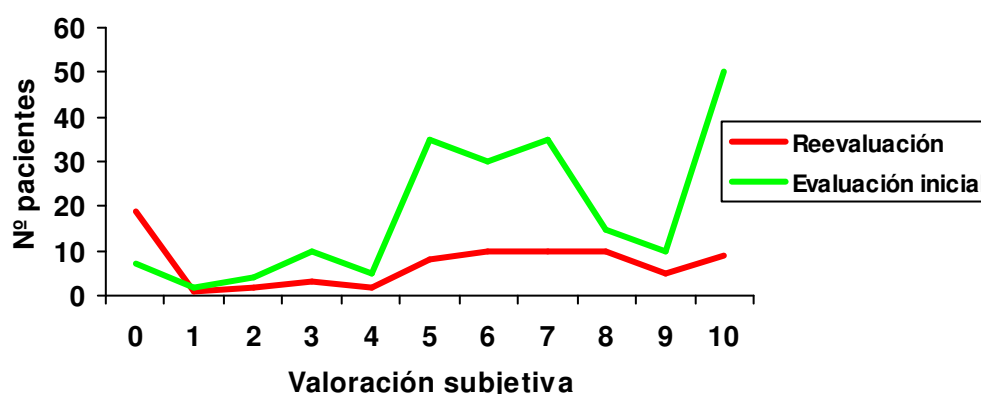
Tratamiento privado	No	132 (89,8%)
	Sí	15 (10,2%)
Tipo de tratamiento privado	Psiquiatra	7 (46,7%)
	Psicólogo	6 (40,0%)
	Otros	2 (13,3%)

d. Valoración subjetiva de los pacientes diagnosticados códigos Z acerca de la asistencia recibida por los profesionales de la salud mental.

La valoración subjetiva se recogió en la respuesta a la pregunta “¿cuánto cree que ha mejorado por venir a este centro de salud mental?” en una escala likert numerada del 0 al 10. Rellenaaron este apartado 97 de los 146 pacientes reevaluados. En el aspecto descriptivo hemos analizado esta variable como continua.

Variable	Media	Desviación estándar	Mediana	Rango
Valoración subjetiva	5,15	3,52	6,00	0-10

En la siguiente gráfica se refleja la diferencia en las puntuaciones entre las expectativas de la evaluación inicial y la valoración subjetiva de la intervención realizada recogida en la reevaluación.



Al realizar un análisis cuantitativo comparando la diferencia de medias entre las expectativas iniciales y la valoración subjetiva posterior sobre la intervención realizada por los profesionales observamos que existe una diferencia de 2 puntos en la media de cada variable que estadísticamente es significativa ($p=0$).

Prueba T: Diferencia de medias

Variable	Media	DE	IC 95%	p
Expectativas iniciales- Valoración subjetiva final	2,1	4,14	1,1- 3,1	0****

En el análisis de frecuencias hemos dividido esta variable cualitativamente en cuatro subgrupos que son los siguientes:

- Valoración negativa: rango de 0 a 4 puntos con 27 sujetos (27,8%).
- Valoración positiva: rango de 5 a 9 puntos con 43 sujetos (44,3%).
- Valoración mágica: rango de 9,5 a 10 puntos con 9 sujetos (9,3%).
- Valoración indefinida: fueron aquellos sujetos que no supieron contestar si la atención recibida por nuestra parte había sido o no de ayuda. Fueron 18 sujetos (18,6%).

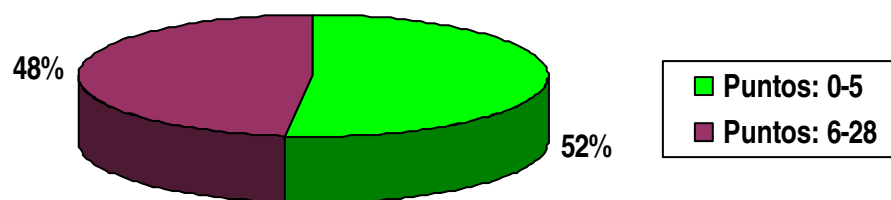
e. GHQ-28 definitivo.

El GHQ-28 fue rellenado por 88 de los 146 pacientes reevaluados. El análisis de esta variable, como en la evaluación, ha sido cualitativo separando los posibles casos con una puntuación de 6 o más de los no casos que puntúan 5 o menos como se ve en la gráfica. El número de pacientes reevaluados que continuaba puntuando como caso psiquiátrico fue de 42 (47,7%) mientras que se consideraron caso no psiquiátrico 46 (52,3%).

Además, se han obtenido algunos parámetros de su análisis como variable cuantitativa en la tabla puesto que algunos autores lo han hecho así ocasionalmente permitiéndonos a su vez compararlo con los resultados del estudio previo.

Variable	Media	Desviación estándar	Mediana	Rango
GHQ-28 inicial	13,4	7,0	14	0-27
GHQ-28 final	6,56	6,99	5,0	0-26

GHQ-28 FINAL



Prueba T: Diferencia de medias

Variable	Media	DE	IC 95%	p
GHQ28 inicial – GHQ28 final	7,1	8,3	5,33 – 8,9	0 ****

f. Síntomas según SCL-90R definitivo.

Este cuestionario fue rellenado por 81 pacientes. La tabla siguiente muestra los resultados del análisis de los distintos índices que caracterizan a estos sujetos en la evaluación inicial y en la reevaluación.

Índices	Media inicial	Media final	DE inicial	DE final
Índice global de gravedad	1,2	0,89	0,69	0,82
Total de síntomas positivos	36,81	33,05	29,03	24,8
Índice de distrés de síntomas positivos	2,13	1,95	0,67	0,79
Somatización	1,35	1,02	0,86	1,04
Obsesionalidad	1,43	1,14	0,86	0,96
Hipersensibilidad	1,13	0,8	0,88	0,96
Depresión	1,7	1,22	0,96	1,06
Ansiedad	1,35	0,91	0,81	0,91
Hostilidad	1,07	0,77	0,95	0,91
Ansiedad fóbica	0,6	0,49	0,72	0,74
Paranoidismo	1,1	0,88	0,89	0,91
Psicoticismo	0,74	0,57	0,7	0,77
Síntomas discretos	1,51	1,15	0,9	0,95

g. Diagnóstico definitivo de los códigos Z tras la reevaluación.

De los 146 pacientes reevaluados, sólo 5 de ellos (2%) fueron diagnosticados de trastorno mental; en el resto (141 pacientes), se confirmó el diagnóstico de código Z y, en la siguiente tabla, aparece la frecuencia de las distintas categorías diagnósticas dentro de los códigos Z.

Código Z	Diagnóstico	Frecuencia (%)
Z00	Examen general e investigación de personas, molestias o diagnósticos informados	1 (0,4%)
Z00,4	Examen psiquiátrico general no clasificado en otra parte	2 (0,8%)
Z02	Exámenes y contactos para fines administrativos	
Z02,7	Expedición de certificado médico	1 (0,4%)
Z03	Observación y evaluación médica por sospecha de enfermedades o afecciones	
Z03,2	Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta	3 (1,2%)
Z56	Problemas relacionados al empleo y desempleo	21 (8,6%)
Z60	Problemas relacionados con el ambiente social	
Z60,0	Problemas de ajuste a las transiciones de los ciclos vitales	3 (1,2%)
Z60,1	Situaciones familiares atípicas	1 (0,4%)
Z60,2	Persona que vive sola	4 (1,6%)
Z60,3	Dificultades en la adaptación cultural	3 (1,2%)
Z60,8	Otros problemas relacionados con el ambiente social	3 (1,2%)
Z61	Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	
Z61,0	Pérdida de relación afectiva en la infancia	1 (0,4%)
Z62	Otros problemas relacionados con la crianza del niño	1 (0,4%)
Z62,8	Otros problemas específicos de la crianza	1 (0,4%)
Z63	Problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares	1 (0,4%)
Z63,0	Problemas en la relación entre esposos o pareja	30(12,3%)
Z63,1	Problemas relacionados con padres o familia política	9 (3,7%)
Z63,2	Soporte familiar inadecuado	1 (0,4%)
Z63,3	Ausencia de miembro de la familia	1 (0,4%)
Z63,4	Desaparición o muerte de miembro de la familia	16 (6,6%)
Z63,5	Ruptura familiar por separación o divorcio	6 (2,5%)
Z63,6	Familiar dependiente necesitado de cuidado en el hogar	1 (0,4%)
Z63,7	Otros hechos estresantes de la vida diaria que afectan a la familia y el hogar	7 (2,9%)
Z63,8	Otros problemas específicos relacionados con el grupo primario de apoyo	8 (3,3%)
Z64	Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales	1 (0,4%)
Z65	Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales	
Z65,4	Víctima de crimen o terrorismo	1 (0,4%)
Z70	Consejo relacionado con actitud, conducta u orientación sexual	2 (0,8%)
Z71	Personas que se presentan en los servicios de salud para otros consejos médicos	
Z71,6	Consejo por abuso de tabaco	1 (0,4%)
Z72	Problemas relacionados con el estilo de vida	
Z72,4	Dieta y hábitos alimentarios inapropiados	1 (0,4%)
Z73	Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida	
Z73,0	Agotamiento	1 (0,4%)
Z73,1	Acentuación de los rasgos de personalidad	4 (1,6%)
Z73,3	Estrés no clasificado en otra parte	1 (0,4%)
Z87	Historia personal de otras enfermedades o afecciones	3 (1,2%)
Z91	Historia personal de factores de riesgo no clasificados en otra parte	
Z91,1	Historia personal de incumplimiento del tratamiento médico o del régimen alimentario	1 (0,4%)
TOTAL		141(100%)

h. Frecuencia de las variables cualitativas de indicación clínica tras reevaluación.

Del total de pacientes de la muestra (244), recogimos cuál había sido la resolución de cada uno de ellos a los 6 y 12 meses en cuatro categorías: abandono, alta definitiva, alta voluntaria y seguimiento. De esta última categoría, se dividieron los pacientes que continuaban en seguimiento en 3 subcategorías dependiendo del profesional responsable del seguimiento: psiquiatra, psicólogo, otros (enfermería, servicios sociales, relajación,...); en este subgrupo, se incluyen todos los pacientes en seguimiento tanto a los 6 meses como a los 12 meses barajando diversas posibilidades que analizaremos posteriormente en la discusión.

Categorías	Resolución tras 1ª visita	Resolución a los 6 meses	Resolución a los 12 meses
Alta definitiva	127 (52%)	162 (66,4%)	152 (62,3%)
Abandono		52 (21,3%)	66 (27%)
Alta voluntaria		4 (1,6%)	5 (2%)
Seguimiento	117 (48%)	26 (10,7%)	21 (8,6%)

Variable	Categorías	N (%)
Tipo de seguimiento a los 12 meses	Psiquiatra	14 (5,7%)
	Psicólogo	14 (5,7%)
	Otros (relajación)	1 (0,4%)

i. Frecuencia de las variables cuantitativas asistenciales.

Variable	Categoría	N (%)
Citas totales a los 6 meses	1 cita única	128 (52,5%)
	2-5 citas	90 (36,9%)
	6-10 citas	25 (10,2%)
	> 10 citas	1 (0,4%)
Citas totales a los 12 meses	1 cita única	109 (44,7%)
	2-5 citas	96 (39,3%)
	6-10 citas	30 (12,2%)
	> 10 citas	9 (3,6%)
Citas ausentes/ citas totales a los 6 meses -1	Cumplidores	38 (33,6%)
	Cumplidores parciales	40 (35,4%)
	No cumplidores	35 (31%)
Citas ausentes/ citas totales a los 12 meses -1	Cumplidores	37 (28%)
	Cumplidores parciales	58 (44%)
	No cumplidores	37 (28%)

Elaboramos el cociente entre el número total de citas concertadas a los 6 y 12 meses a las que no acudieron aquellas personas diagnosticados como códigos Z (citas ausentes) y el número total de citas concertadas en el mismo período restándole 1. Dicho cociente nos permitió evaluar la cumplimentación de las citas concertadas en aquellas personas que continuaron en seguimiento con nosotros y permitió descartar aquellos que fueron dados de alta en la primera visita. Además se realizó un análisis como variable cuantitativa de las citas totales a los 6 y 12 meses del total de pacientes de la muestra y de aquellos que sólo estaban en seguimiento descartando los que fueron dado de altas en la primera cita.

CITAS TOTALES A LOS 6 Y 12 MESES DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

Variable	n	Media	DE	Mediana	Rango	IC 95%
Citas totales 6 meses	244	2,32	2,05	1	1-11	2,1 - 2,6
Citas totales 12 meses	244	2,97	3,2	2	1-18	2,6 - 3,4

CITAS TOTALES A LOS 6 Y 12 MESES EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO.

Variable	n	Media	DE	Mediana	Rango	IC 95%
Citas totales 6 meses	132	3,4	2,25	2,5	2-11	3 – 3,8
Citas totales 12 meses	132	4,6	3,6	3	2-18	4 – 5,3

III. RESULTADOS DE LAS RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES.

1. EVOLUCIÓN CLÍNICA A LOS NUEVE MESES DE LAS PERSONAS SIN TRASTORNO MENTAL DIAGNOSTICABLE QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD MENTAL Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS QUE SE ASOCIAN A ESA EVOLUCIÓN.

1.1. Diferencia entre los resultados de los tests en la evaluación inicial y la reevaluación definitiva.

Test	Categoría	Media	SD	IC 95%	p
GHQ-28	GHQ28i-GHQ28f	7,1	8,3	5,33- 8,9	0***
SCL-90R	GSli-GSif	0,3	0,71	0,14- 0,47	0***
	PSDi-PSDif	0,27	0,74	0,1- 0,44	0,001***
	PSTli-PSTif	6,62	38	-1,8- 15	0,123
	SOMi-SOMf	0,35	0,9	0,15- 0,55	0,001***
	OCi-OCf	0,26	1	0,04- 0,49	0,022***
	ISli-ISif	0,27	0,81	0,09- 0,45	0,003***
	DEPi-DEPf	0,43	1,05	0,2- 0,68	0***
	ANSi-ANSf	0,42	0,93	0,2- 0,63	0***
	HOSi-HOSf	0,35	0,94	0,2- 0,63	0,001***
	FOBi-FOBf	0,05	0,8	-0,13- 0,23	0,57
	PARi-PARf	0,14	0,74	-0,03- 0,3	0,1
	PSYi-PSYf	0,11	0,71	-0,04- 0,28	0,16
	SIDi-SIDf	0,42	0,85	0,23- 0,61	0***

La diferencia entre los resultados obtenidos en el GHQ-28 en la evaluación inicial y la reevaluación es de 7 puntos y proporcionalmente significativa ($p < 0,05$). Con respecto al SCL90-R, el descenso en la reevaluación de puntuación en las subescalas GSI, PSDI, SOM, OC, ISI, DEP, ANS, HOS y SDI es también significativo ($p < 0,05$).

1.2. Relación de las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas con los resultados del CGI final.

1.2.1. Análisis de variables cualitativas con CGI final.

Variable	Categoría	CGI final (%)			p
		Mejor	Igual	Peor	
Sexo	Varón	33 (75%)	8 (18,2%)	3 (6,8%)	0,09
	Mujer	91 (89,2%)	8 (7,8%)	3 (2,9%)	
Estado civil	Con pareja	46 (83,6%)	7 (12,7%)	2 (3,6%)	0,85
	Sin pareja	78 (85,7%)	9 (9,9%)	4 (4,4%)	
Nivel educativo	Analfabeto/E.P.	28 (84,8%)	3 (9,1%)	2 (6,1%)	0,94
	G.Escolar/Bachiller	54 (84,4%)	8 (12,5%)	2 (3,1%)	
	Diplom./Licenciado	43 (86%)	5 (10%)	2 (4%)	
Situación laboral	Activo ocupado	64 (84,2%)	8 (10,5%)	4 (5,3%)	0,87
	Activo parado	10 (83,3%)	2 (16,7%)	0 (0%)	
	No activo	50 (86,2%)	6 (10,3%)	2 (3,4%)	
Ocupación laboral	Empresario	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	0,85
	Asalariado	73 (85,9%)	8 (9,4%)	4 (4,7%)	
	Ama de casa	22 (88%)	2 (8%)	1 (4%)	
Contrato laboral	Fijo/indefinido	46 (85,2%)	6 (11,1%)	2 (3,7%)	0,008
	Temporal	19 (90,5%)	0 (0%)	2 (9,5%)	
	Autónomo	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	
Derivación	Normal	103 (85,1%)	13 (10,7%)	5 (4,1%)	0,98
	Preferente	21 (84%)	3 (12%)	1 (4%)	
Tipo profesional	Psiquiatra	91 (83,5%)	13 (11,9%)	5 (4,6%)	0,7
	Psicólogo	33 (89,2%)	3 (8,1%)	1 (2,7%)	
Sexo profesional	Varón	66 (81,5%)	10 (12,3%)	5 (6,2%)	0,29
	Mujer	58 (89,2%)	6 (9,2%)	1 (1,5%)	
Demandante	Paciente/familia	67 (83,8%)	10 (12,5%)	3 (3,8%)	0,8
	Profesional	56 (86,2%)	6 (9,2%)	3 (4,6%)	
A. P. PSIQ.	No	96 (86,5%)	13 (11,7%)	2 (1,8%)	0,041***
	Si	28 (80%)	3 (8,6%)	4 (11,4%)	
Expectativas iniciales	Negativas	13 (81,3%)	3 (18,8%)	0 (0%)	0,28
	Positivas	50 (83,3%)	6 (10%)	4 (6,7%)	
	Mágicas	34 (91,9%)	3 (8,1%)	0 (0%)	
Tipo Z	Z inequívoco	80 (84,2%)	11 (11,6%)	4 (4,2%)	0,94
	Z dudoso	44 (86,3%)	5 (9,8%)	2 (3,9%)	
Tratamiento inicial	Sin tto	65 (85,5%)	7 (9,2%)	4 (5,3%)	0,86
	BZD	34 (82,9%)	6 (14,6%)	1 (2,4%)	
	BZD± AD± otros	24 (85,7%)	3 (10,7%)	1 (3,6%)	
Indicación inicial	Alta	20 (87%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)	0,29
	Seguimiento	104 (84,6%)	15 (2,2%)	4 (3,3%)	
Tratamiento final	Sin tto	79 (91,9%)	5 (5,8%)	2 (2,3%)	0,005***
	BZD	27 (73%)	9 (24,3%)	1 (2,7%)	
	BZD± AD± otros	18 (78,3%)	2 (8,7%)	3 (13%)	

Las variables que se relacionan con un CGI mejor y, por tanto una evolución clínica favorable, son tener un contrato laboral fijo/indefinido (85,2%) y temporal (90,5%), y no estar tomando ningún tipo de tratamiento farmacológico en la reevaluación (92%). Un CGI peor se relaciona con tener antecedentes psiquiátricos previos (11,4%) y estar con tratamiento farmacológico asociado de antidepresivos y otros en la reevaluación (13%). Un CGI igual sin modificarse la evolución clínica con respecto a la evaluación inicial se relaciona un contrato laboral autónomo (66,7%) y estar en tratamiento farmacológico solo con BZD (24,3%).

Otra variable en relación con el CGI final aunque no sea estadísticamente significativa es el sexo: las mujeres suelen mejorar algo más que los hombres (89% versus 75%), y éstos tienden a mantenerse igual o empeorar en mayor proporción que las mujeres.

1.2.2. Análisis de CGI final con variables cuantitativas.

a) Edad.

CGI final	n	Media	SD	IC 95%	p
Mejor	124	43,7	18,2	40,4 - 46,9	0,016***
Igual	16	56,9	15,1	48,9 – 65	
Peor	6	38,3	19,6	17,7 – 58,9	

La edad se relaciona significativamente con el CGI final ($p < 0,05$): los pacientes de más edad no experimentan cambios clínicos con respecto a la evaluación inicial mientras que los pacientes más jóvenes son los que evolucionan más desfavorablemente.

b) GHQ-28 inicial

CGI final	n	Media	SD	IC 95%	p
Mejor	113	13,6	6,8	12,4 – 14,9	0,931
Igual	14	13	6,9	9 – 17	
Peor	5	14,2	10,3	1,4 - 27	

El GHQ-28 inicial no se relaciona con la evolución clínica de las personas sin diagnóstico de enfermedad mental.

c) SCL90-R inicial.

Índices	CGI final	Media	DE	IC 95%	p
GSI inicial	Mejor	1,22	0,67	1,1 – 1,3	0,09
	Igual	1,27	0,79	0,7 – 1,8	
	Peor	2	0,82	0,7 – 3,3	
PSDI inicial	Mejor	2,18	0,68	2 – 2,3	0,63
	Igual	2,27	0,9	1,7 – 2,9	
	Peor	2,5	0,58	1,6 – 3,4	
PSTI inicial	Mejor	37,77	28,71	32,2 – 43,3	0,66
	Igual	46,36	34,99	22,8 – 69,9	
	Peor	38,25	35,89	-18,9 – 95,4	
SOM inicial	Mejor	1,33	0,89	1,1 – 1,5	0,1
	Igual	1,55	0,82	1 – 2,1	
	Peor	2,25	0,5	1,4 – 3	
OC inicial	Mejor	1,38	0,86	1,2 – 1,5	0,3
	Igual	1,18	1,08	0,5 – 1,9	
	Peor	2	1,41	-0,2 – 4,2	
IS inicial	Mejor	1,13	0,91	0,9 – 1,3	0,12
	Igual	0,91	0,83	0,3 – 1,5	
	Peor	2	0,82	0,7 – 3,3	
DEP inicial	Mejor	1,66	0,93	1,5 – 1,8	0,09
	Igual	1,64	1,29	0,8 – 2,5	
	Peor	2,75	1,26	1,5 – 1,9	
ANS inicial	Mejor	1,35	0,8	1,2 – 1,5	0,1
	Igual	1,45	1,04	0,8 – 2,1	
	Peor	2,25	0,96	0,7 – 3,8	
HOS inicial	Mejor	1,2	0,95	1 – 1,4	0,23
	Igual	0,82	0,98	0,2 – 1,5	
	Peor	1,75	1,26	-0,2 – 3,7	
FOB inicial	Mejor	0,6	0,72	0,4 – 0,7	0,049***
	Igual	0,73	0,65	0,3 – 1,2	
	Peor	1,5	1,3	-0,5 – 3,5	
PAR inicial	Mejor	1,11	0,9	0,9 – 1,3	0,012***
	Igual	0,73	0,47	0,4 – 1	
	Peor	2,25	0,5	1,4 – 3	
PSY inicial	Mejor	0,75	0,71	0,6 – 0,9	0,019***
	Igual	0,36	0,5	0,02 – 0,7	
	Peor	1,5	0,58	0,6 – 2,4	
SDI inicial	Mejor	1,61	0,9	1,4 – 1,8	0,47
	Igual	1,36	1,03	0,7 – 2	
	Peor	2	0,82	0,7 – 3,3	

Las subescalas del SCL90-R inicial que se relacionan significativamente con un CGI peor ($p < 0,05$), y por tanto, una peor evolución clínica son: fóbico, paranoide y psicosis; y aunque no son clínicamente significativos pero se aproximan, también las subescalas GSI (índice global de gravedad) y depresión se relacionan con una peor evolución clínica.

2. USO DE RECURSOS Y QUÉ VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS.

2.1. Relación de las citas totales a los 12 meses y las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas.

Se considera la variable citas totales a los 12 meses como cuantitativa y sólo en aquel grupo de pacientes que ha estado en seguimiento (más de una cita) descartando a aquellos que solo han sido valorados en una única entrevista.

2.1.1. Relación de citas totales a los 12 meses con variables cualitativas.

Variable	Categoría	n	Media	DE	IC 95%	p
Sexo	Mujer	171	3,11	3,3	- 1,3 – 0,42	0,3
	Hombre	73	2,64	2,9		
Estado civil	Con pareja	88	2,82	2,8	-1,1 – 0,61	0,58
	Sin pareja	156	3,06	3,4		
Nivel educativo	Analfabeto/ E. P.	50	2,66	2,9	1,8 – 3,5	0,15
	Medio	101	2,65	2,7	2,1 – 3,2	
	Superior	93	3,5	3,8	2,7 – 4,3	
Situación laboral	Activo ocupado	132	3,2	3,5	2,6 – 3,8	0,47
	Activo parado	24	2,03	2,3	1,6 – 3,6	
	No activo	88	2,72	2,9	2,1 – 3,3	
Ocupación laboral	Empresario	9	2,22	2,6	0,2 – 4,2	0,15
	Asalariado	148	3,2	3,5	2,6 – 3,8	
	Ama de casa	41	2,17	1,6	1,7 – 2,7	
Contrato laboral	Fijo/ indefinido	97	3	3,5	2,3 – 3,7	0,73
	Temporal	32	3,6	3,6	2,2 – 4,9	
	Autónomo	6	2,8	3,1	-0,45 – 6,1	
Derivación	Normal	192	3,11	3,5	-0,4 – 1,4	0,06
	Preferente	52	2,44	1,9		
Sexo profesional	Varón	138	2,62	2,9	-1,6 – 0,03	0,06
	Mujer	106	3,42	3,5		
Demandante	Paciente/ familia	133	2,93	3,2	-0,9 – 0,7	0,8
	Profesional	110	3,04	3,3		
A. P. PSIQ.	No	184	3,04	3,2	-0,7 – 1,2	0,6
	Si	59	2,78	3,3		
Expectativas iniciales	Negativas	27	3,44	4,5	1,7 – 5,2	0,09
	Positivas	112	3,13	3	2,6 – 3,7	
	Mágicas	52	2,1	2,4	1,4 – 2,8	
Tratamiento inicial	Ninguno	125	3,27	3	2,7 – 3,8	0,11
	BZD	62	3,08	3,8	2,1 – 4,1	
	BZD±AD±otros	56	2,2	2,7	1,5 – 2,9	
Tipo Z	Z inequívoco	160	3	3,3	-0,8 – 0,9	0,84
	Z dudoso	84	2,92	2,9		
Valoración subjetiva	Negativa	27	2,11	1,97	-3,2 – (-0,6)	0,006***
	Positiva	54	3,98	3,9		
Tratamiento farmacológico final	Ninguno	87	2,84	2,9	2,2 – 3,45	0,16
	BZD	37	2,92	3,3	1,83 – 4	
	BZD ± otros	23	4,3	4,7	2,3 – 6,3	
Resolución final 12 meses	Abandono	66	3,88	2,9	3,2 – 4,6	0****
	Alta	157	1,73	1,6	1,5 – 2	
	Seguimiento	21	9,38	4,6	7,3 – 3,4	

Las variables cualitativas que tienen una relación significativamente estadística con el número de citas totales a los 12 meses son: la valoración subjetiva de la intervención realizada y la resolución final a los 12 meses. En el primer caso, aquellas personas con diagnóstico Z que hicieron una valoración positiva de la intervención que habían recibido fueron citados casi el doble de veces (4 citas) que aquellos que habían realizado una valoración negativa (2 citas). Se decidió realizar un análisis multivariable entre la valoración subjetiva, las citas totales a los 12 meses y la indicación clínica inicial y los resultados obtenidos fueron los siguientes: los pacientes con valoración negativa que habían sido dados de alta definitiva habían sido citados una media de 3 ocasiones mientras que los que continuaron en seguimiento y realizaron una valoración negativa fueron citados una media de 2 veces; los dados de alta con valoración positiva habían sido citados una media de 4 veces y los que continuaban en seguimiento con valoración negativa tenían una media de casi 4 citas en 12 meses; la relación entre estas 3 variables no resultó ser estadísticamente significativa ($p>0,05$).

En el caso de la resolución a los 12 meses, los pacientes en seguimiento tienen una media de citas concertadas totales de 9, mucho mayor que los dados de alta (media de casi 2 citas) y los pacientes que abandonan el seguimiento (cuya media es casi de 4, mayor también a los dados de alta pues en esta media se incluye la cita a la que fallan).

Otras variables relacionadas pero no de modo significativo con las citas totales a los 12 meses han sido las expectativas iniciales siendo los pacientes con expectativas mágicas los que recibieron menos número total de citas (2 frente a las 3 de los pacientes con expectativas negativas y positivas), los pacientes con derivación normal tuvieron más número total de citas (3 citas) frente a los que fueron derivados con carácter preferente (2 citas) y los pacientes atendidos por profesionales femeninas también recibieron más número total de citas (3 citas) frente a los atendidos por profesionales varones (2 citas), aunque en este último caso, la diferencia no puede atribuirse al sexo del profesional ya que existe un sesgo metodológico intrínseco al ser los psicólogos todos del sexo femenino

2.1.2. Relación de citas totales a los 12 meses con variables cuantitativas.

- ii. Edad $\rightarrow p=0,38$
- iii. GHQ-28 inicial $\rightarrow p=0,55$
- iv. SCL-90R inicial:
 - 1. GSI inicial $\rightarrow p=0,49$
 - 2. PSDI inicial $\rightarrow p=0,21$
 - 3. PSTI inicial $\rightarrow p=0,08$
- v. CGI final:

Variable	Categoría	n	Media	SD	IC 95%	p
CGI final	Mejor	125	3,06	3,3	2,5 – 3,7	0,37
	Igual	16	2,63	2,8	1,1 – 4,1	
	Peor	6	4,83	4,1	0,5 – 9,1	

Las variables cuantitativas no tienen relación significativa alguna con el número total de citas a los 12 meses. Podemos comentar que, en concreto con el CGI final, las personas con diagnóstico Z con un peor CGI recibieron más citas totales a los 12 meses (casi 5 citas) con respecto a los que tenían un CGI final mejor o igual (alrededor de 3 citas) pero al ser la muestra de las personas con CGI peor muy escasa podría no haber resultado significativa.

En cuanto a una de las subescalas del SCL-90R inicial, en concreto PSTI inicial, se relaciona con las citas totales a los 12 meses aunque no sea de un modo significativo: al ser el coeficiente β de la tabla negativo, esto quiere decir que a mayor puntuación en el índice inicial PSTI, menores son las citas totales concertadas a los 12 meses.

2.2. Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con las variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas.

La variable ausencia de citas se calculó según el cociente citas ausentes/ citas totales –1 para reflejar el cumplimiento de las citas concertadas a los pacientes en seguimiento al descartar con dicho cociente a aquellos que solo fueron atendidos en una única cita. Para el análisis correlacional, dicha variable se consideró como variable cualitativa agrupada en 3 categorías: cumplidores, no cumplidores y cumplidores parciales.

2.2.1. Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con las variables cuantitativas.

Variable	Categoría	n	Media	DE	IC 95%	p
Edad	No cumplidores	37	41,2	17,2	35,4 – 46,9	0,014***
	Cumplidores	37	50	17,7	44,2 – 55,9	
	Cumplidores parciales	58	39,2	18	34,5 - 44	
GHQ-28 inicial	No cumplidores	35	15,2	6,5	13 – 17,4	0,62
	Cumplidores	35	13,7	7,5	11,1 – 16,3	
	Cumplidores parciales	50	14,1	6,2	12,4 – 15,9	
GSI inicial	No cumplidores	29	1,38	0,68	1,1 – 1,6	0,45
	Cumplidores	28	1,14	0,7	0,9 – 1,4	
	Cumplidores parciales	46	1,28	0,7	1,1 – 1,5	
PSDI inicial	No cumplidores	29	2,28	0,8	2 – 2,6	0,72
	Cumplidores	28	2,21	0,6	2 – 2,5	
	Cumplidores parciales	46	2,15	0,6	2 – 2,3	
PSTI inicial	No cumplidores	29	35,9	29,1	24,8 – 47	0,94
	Cumplidores	28	34	28,7	22,9 – 45,1	
	Cumplidores parciales	46	33,6	27,7	25,4 – 41,8	

La variable cuantitativa relacionada con la cumplimentación de las citas es la edad ($p < 0,05$) siendo las personas de mayor edad las que cumplían más con las citas concertadas.

2.2.2.Relación de la ausencia de citas a los 12 meses con las variables cualitativas.

Variable	Categoría	Cumplimiento de citas n (%)			p
		No cumplidores	Cumplidores	Cumplidores parciales	
Sexo	Hombre	13 (33,3%)	15 (38,5%)	11 (28,2%)	0,054**
	Mujer	24 (25,8%)	22 (23,7%)	47 (50,5%)	
Estado civil	Con pareja	14 (26,4%)	22 (41,5%)	17 (32,1%)	0,013****
	Sin pareja	23 (29,1%)	15 (19%)	41 (51,9%)	
Nivel educativo	Analfabeto/E.P.	7 (25,9%)	12 (44,4%)	8 (29,6%)	0,019****
	Medio	19 (35,2%)	7 (13%)	28 (51,9%)	
	Superior	11 (21,6%)	18 (35,3%)	22 (43,1%)	
Situación laboral	Activo ocupado	22 (31,4%)	17 (24,3%)	31 (44,3%)	0,71
	Activo parado	4 (30,8%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)	
	No activo	11 (22,4%)	17 (34,7%)	21 (42,9%)	
Ocupación laboral	Empresario	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0,86
	Asalariado	20 (25,6%)	22 (28,2%)	36 (46,2%)	
	Ama casa	6 (30%)	5 (25%)	9 (45%)	
Contrato laboral	Fijo/indefinido	13 (27,1%)	15 (31,3%)	20 (41,7%)	0,28
	Temporal	6 (33,3%)	2 (11,1%)	10 (55,6%)	
	Autónomo	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)	
Derivación	Normal	28 (27,5%)	27 (26,5%)	47 (46,1%)	0,63
	Preferente	9 (30%)	10 (33,3%)	11 (36,7%)	
Sexo profesional	Hombre	20 (29%)	26 (37,7%)	23 (33,3%)	0,014****
	Mujer	17 (27%)	11 (17,5%)	35 (55,6%)	
Demandante	Paciente/familia	25 (33,8%)	22 (29,7%)	27 (36,5%)	0,18
	Profesional	12 (20,7%)	15 (25,9%)	31 (53,4%)	
A. P. PSIQ.	No	28 (27,2%)	30 (29,1%)	45 (43,7%)	0,7
	Si	9 (32,1%)	6 (21,4%)	13 (46,4%)	
Expectativas iniciales	Negativas	3 (20%)	6 (40%)	6 (40%)	0,25
	Positivas	16 (25%)	15 (23,4%)	33 (51,6%)	
	Mágicas	9 (42,9%)	6 (28,6%)	6 (28,6%)	
Tratamiento inicial	Ninguno	21 (28,4%)	17 (23%)	36 (48,6%)	0,64
	BZD	9 (27,3%)	10 (30,3%)	14 (42,4%)	
	BZD±AD±otros	7 (29,2%)	9 (37,5%)	8 (33,3%)	
Tipo Z	Z inequívoco	24 (28,2%)	23 (27,1%)	38 (44,7%)	0,94
	Z dudoso	13 (27,7%)	14 (29,8%)	20 (42,6%)	
Valoración subjetiva	Negativa	5 (41,7%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	0,022****
	Positiva	7 (20%)	6 (17,1%)	22 (62,9%)	
Tratamiento farmacológico final	Ninguno	16 (32,7%)	12 (24,5%)	21 (42,9%)	0,81
	BZD	5 (26,3%)	4 (21,1%)	10 (52,6%)	
	BZD±AD±otros	3 (21,4%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)	

Las variables cualitativas que tienen una relación significativa ($p < 0,05$) con la cumplimentación de las citas concertadas durante el seguimiento de las personas sin trastorno mental diagnosticable han sido: el estado civil, siendo las personas sin pareja las que faltaban más a las citas (51,9%) y las personas con pareja las que más acudían a las citas concertadas (41,5%); el nivel educativo, pues las personas con estudios medios fueron las que faltaron más a las citas (51,9%) o abandonaron el seguimiento (35,2%) mientras que aquellas con estudios primarios o analfabetas acudieron con regularidad al seguimiento (44,4%) y los que tenían estudios superiores solían fallar más (43,1%) o cumplían más regularmente (35,3%); el sexo del profesional que atendió a dichos pacientes también influye en el cumplimiento de las citas pues fallaron más a las citas concertadas cuando el profesional era mujer (55,6%) y cumplieron algo más con las citas cuando el profesional era varón (37,7%), aunque no debemos olvidar que en el análisis univariable la diferencia no puede atribuirse a dicha variable al existir el sesgo metodológico de que todos los psicólogos eran mujeres; y, por último, la valoración subjetiva sobre la intervención realizada ya que aquellas personas que tenían una valoración positiva acudían con más irregularidad a las citas (62,9%) mientras que aquellas con una valoración negativa o bien cumplían totalmente o bien abandonaban en la misma proporción (41,7% en ambos casos).

Otras variables cuyos resultados caben reseñar aunque la relación no sea significativa son el sexo del paciente, ya que las mujeres solían faltar más a las citas concertadas de seguimiento (50,5%) mientras que los hombres o cumplían con más regularidad (38,5%) o bien abandonaban (33,3%); y las expectativas iniciales, pues aquellos con unas expectativas positivas de entrada faltaban más a las citas posteriores (51,6%), los que tenían unas expectativas mágicas abandonaron en mayor proporción el seguimiento (42,9%) y los que tenían unas expectativas negativas cumplían con más regularidad (40%) o eran más irregulares (40%).

3. VALORACIÓN SUBJETIVA DEL PACIENTE ACERCA DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS.

En el análisis de relación de variables, la variable valoración subjetiva se consideró cualitativa y se dividió en 2 categorías: negativa y positiva.

3.1. Relación de la valoración subjetiva con las variables cuantitativas.

Variable	Categoría	n	Media	DE	IC 95%	p
Edad	Negativa	27	40,9	15,4	34,8 – 47	0,66
	Positiva	54	42,6	17,6	37,8 – 47,4	
GHQ-28 inicial	Negativa	27	12,3	7,7	9,2 – 15,3	0,7
	Positiva	52	12,9	6,9	11 – 14,8	
GHQ-28 final	Negativa	23	7,78	8	-0,8 – 6,1	0,13
	Positiva	46	5,15	6		
GSI inicial	Negativa	25	1,28	0,6	1 – 1,5	0,3
	Positiva	51	1,12	0,6	0,9 – 1,3	
PSDI inicial	Negativa	25	2,12	0,8	1,8 – 2,4	0,6
	Positiva	51	2,22	0,7	2 – 2,4	
PSTI inicial	Negativa	25	36,24	31,7	23,1 – 49,3	0,71
	Positiva	51	38,94	29	30,8 – 47,1	

No existe ninguna relación estadísticamente significativa de la valoración subjetiva con las variables cuantitativas arriba analizadas.

En el apartado anterior, sí que hallamos una relación estadísticamente significativa entre la valoración subjetiva y el número de citas totales concertadas a los 12 meses, de tal manera que, aquellas personas con diagnóstico de código Z que fueron citadas casi el doble de veces (4 citas) hicieron una valoración positiva frente a aquellas que fueron citadas en menor cuantía (2 citas) que hicieron una valoración negativa.

3.2. Relación de la valoración subjetiva con las variables cualitativas.

Variable	Categoría	Valoración subjetiva		
		Negativa	Positiva	p
Sexo	Varón	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0,4
	Mujer	22 (35%)	39 (65%)	
Estado civil	Con pareja	9 (27,3%)	24 (72,7%)	0,24
	Sin pareja	18 (37,5%)	30 (62,5%)	
Nivel educativo	Analfabeto/E.P.	4 (30,8%)	9 (69,2%)	0,73
	Medios	14 (37,8%)	23 (62,2%)	
	Superior	9 (29%)	22 (71%)	
Situación laboral	Activo ocupado	14 (29,8%)	33 (70,2%)	0,07
	Activo parado	4 (80%)	1 (20%)	
	No activo	9 (31%)	20 (69%)	
Ocupación laboral	Empresario	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,4
	Asalariado	15 (29,4%)	36 (70,6%)	
	Ama de casa	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
Contrato laboral	Fijo/indefinido	9 (25%)	27 (75%)	0,17
	Temporal	5 (41,7%)	7 (58,3%)	
	Autónomo	1 (100%)	0 (0%)	
Derivación	Normal	22 (32,4%)	46 (67,6%)	0,45
	Preferente	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Tipo profesional	Psiquiatra	19 (34,5%)	36 (65,5%)	0,47
	Psicólogo	8 (30,8%)	18 (69,2%)	
Sexo profesional	Varón	10 (29,4%)	24 (70,6%)	0,35
	Mujer	17 (36,2%)	30 (63,8%)	
Demandante	Paciente/familia	17 (38,6%)	27 (61,4%)	0,22
	Profesional	10 (27,8%)	26 (72,2%)	
A. P. PSIQ.	No	20 (31,7%)	43 (68,3%)	0,38
	Sí	7 (38,9%)	11 (61,1%)	
Tipo Z	Z inequívoco	17 (35,4%)	31 (64,6%)	0,41
	Z dudoso	10 (30,3%)	23 (69,7%)	
Expectativas iniciales	Negativas	4 (50%)	4 (50%)	0,6
	Positivas	11 (31,4%)	24 (68,6%)	
	Mágicas	8 (33,3%)	16 (66,7%)	
Indicación inicial	Alta	4 (28,6%)	10 (71,4%)	0,47
	Seguimiento	23 (34,3%)	44 (65,7%)	
Tratamiento inicial	Sin tto	14 (28%)	36 (72%)	0,05****
	BZD	12 (52,2%)	11 (47,8%)	
	BZD± AD± otros	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
Tratamiento final	Sin tto	15 (28,8%)	37 (71,2%)	0,23
	BZD	9 (50%)	9 (50%)	
	BZD± AD± otros	3 (27,3%)	8 (72,7%)	
Cumplimiento citas	Alta 1ª cita	15 (44,1%)	19 (55,9%)	0,02****
	No cumplidores	5 (41,7%)	7 (58,3%)	
	Cumplidores	5 (45,5%)	6 (54,5%)	
	Cumplidores parciales	2 (8,3%)	22 (91,7%)	

Las variables cualitativas relacionadas de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la valoración subjetiva han sido: el tratamiento psicofarmacológico inicial tras la primera evaluación de tal modo que aquellas personas que tenían pautado sólo benzodiazepinas hicieron una valoración negativa (52,2%) mientras que aquellas que no tenían tratamiento farmacológico alguno (72%) y aquellas con tratamiento farmacológico más específico (87,5%) hicieron una valoración positiva; y el cumplimiento de las citas de seguimiento ya que los pacientes que eran más irregulares en las citas son los que hicieron una valoración más positiva (91,7%).

4. INDICACIÓN CLÍNICA A LOS 6 MESES Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS ASOCIADAS.

En el análisis de relación de variables, la variable indicación clínica a los 6 meses se consideró cualitativa y se dividió en 3 categorías: alta definitiva, alta voluntaria/abandono, seguimiento.

4.1. Relación de la indicación clínica a los 6 meses y las variables cuantitativas.

Variable	Categoría	n	Media	DE	IC 95%	p
Edad	Alta	56	38,3	18,3	33,4 – 43,2	0,031****
	Alta voluntaria/Abandono	161	45,4	17,2	42,7 – 48,1	
	Seguimiento	26	45,9	19,8	37,9 – 53,9	
GHQ-28 inicial	Alta	49	14,7	6,6	12,8 – 16,6	0,24
	Alta voluntaria/Abandono	149	12,8	7,3	11,7 – 14	
	Seguimiento	23	14,1	6,4	11,3 – 16,9	
GSI inicial	Alta	43	1,3	0,7	1,1 – 1,6	0,12
	Alta voluntaria/Abandono	121	1,1	0,6	1 – 1,2	
	Seguimiento	21	1,3	0,9	0,9 – 1,7	
PSDI inicial	Alta	43	2,2	0,7	2 – 2,4	0,34
	Alta voluntaria/Abandono	121	2,1	0,6	2 – 2,2	
	Seguimiento	21	2,2	0,7	1,9 – 2,6	
PSTI inicial	Alta	43	33,7	28,9	24,8 – 42,6	0,59
	Alta voluntaria/Abandono	121	38,8	30,1	33,5 – 44,2	
	Seguimiento	21	35,3	24,3	24,2 – 46,4	
GHQ-28 final	Alta	15	9,2	8	4,8 – 13,6	0,26
	Alta voluntaria/Abandono	60	5,9	6,5	4,2 – 7,6	
	Seguimiento	13	6,6	7,8	1,9 – 11,3	

La variable cuantitativa relacionada de forma estadísticamente significativa con la indicación clínica a los 6 meses es la edad, de modo que, las personas de una edad media ligeramente más joven recibían más el alta definitiva mientras que personas de una edad media más adulta o bien decidieron abandonar el seguimiento o fueron más candidatas al seguimiento.

4.2. Relación de la indicación clínica a los 6 meses con las variables cualitativas.

Variable	Categoría	Indicación clínica 6 meses			p
		Alta voluntaria/ Abandono	Alta definitiva	Seguimiento	
Sexo	Varón	16 (21,9%)	51 (69%)	6 (8,2%)	0,67
	Mujer	40 (23,4%)	111 (64,9%)	20 (11,7%)	
Estado civil	Con pareja	18 (20,5%)	65 (73,9%)	5 (5,7%)	0,09
	Sin pareja	38 (24,4%)	97 (62,2%)	21 (13,5%)	
Nivel educativo	Analfabeto/E.P.	8 (16%)	36 (72%)	6 (12%)	0,24
	G.Escolar/Bachiller	29 (28,7%)	65 (64,4%)	7 (6,9%)	
	Diplom/Licenciado	19 (20,4%)	61 (65,6%)	13 (14%)	
Situación laboral	Activo ocupado	30 (22,7%)	87 (65,9%)	15 (11,4%)	0,88
	Activo parado	7 (29,2%)	14 (58,3%)	3 (12,5%)	
	No activo	19 (21,6%)	61 (69,3%)	8 (9,1%)	
Ocupación laboral	Empresario	2 (22,2%)	6 (66,7%)	1 (11,1%)	0,81
	Asalariado	32 (21,6%)	100 (67,6%)	16 (10,8%)	
	Ama de casa	8 (19,5%)	31 (75,6%)	2 (4,9%)	
Contrato laboral	Fijo/Indefinido	18 (18,6%)	68 (70,1%)	11 (11,3%)	0,7
	Temporal	9 (28,1%)	20 (62,5%)	3 (9,4%)	
	Autónomo	2 (33,3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	
Derivación	Normal	42 (21,9%)	126 (65,6%)	24 (12,5%)	0,2
	Preferente	14 (26,9%)	36 (69,2%)	2 (3,8%)	
Sexo profesional	Varón	28 (20,3%)	96 (69,6%)	14 (10,1%)	0,46
	Mujer	28 (26,4%)	66 (62,3%)	12 (11,3%)	
Demandante	Paciente/Familia	34 (25,6%)	87 (65,4%)	12 (9%)	0,48
	Profesional	22 (20%)	74 (67,3%)	14 (12,7%)	
A. P. PSIQ.	No	43 (23,4%)	120 (65,2%)	21 (11,4%)	0,78
	Sí	13 (22%)	41 (69,5%)	5 (8,5%)	
Tipo Z	Z inequívoco	35 (21,9%)	107 (66,9%)	18 (11,3%)	0,82
	Z dudoso	21 (25%)	55 (65,5%)	8 (9,5%)	
Expectativas iniciales	Negativas	3 (11,1%)	19 (70,4%)	5 (18,5%)	0,09
	Positivas	29 (25,9%)	71 (63,4%)	12 (10,7%)	
	Mágicas	9 (17,3%)	41 (78,8%)	2 (3,8%)	
Tratamiento inicial	Sin tto	34 (27,2%)	78 (62,4%)	13 (10,4%)	0,38
	BZD	11 (17,7%)	42 (67,7%)	9 (14,5%)	
	BZD± AD± otros	11 (19,6%)	41 (73,2%)	4 (7,1%)	
CGI final	Peor	3 (50%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0,43
	Igual	4 (25%)	10 (62,5%)	2 (12,5%)	
	Mejor	24 (19,2%)	84 (67,2%)	17 (13,6%)	
Valoración subjetiva	Negativa	4 (14,8%)	21 (77,8%)	2 (7,4%)	0,42
	Positiva	10 (18,5%)	35 (64,8%)	9 (16,7%)	
Tratamiento final	Sin tto	22 (25,3%)	57 (65,5%)	8 (9,2%)	0,28
	BZD	5 (13,5%)	25 (67,6%)	7 (18,9%)	
	BZD± AD± otros	4 (17,4%)	14 (60,9%)	5 (21,7%)	

Ninguna de las variables cualitativas tiene una relación estadísticamente significativa con la indicación clínica a los 6 meses. Las variables a reseñar aunque no tengan una relación significativa han sido: el estado civil ($p= 0,09$) pues aquellas personas con pareja eran dadas de alta en mayor proporción (74%) que las que no tenían pareja (62%), las cuales se mantenían más en seguimiento (13,5% versus 5,7%); y las expectativas iniciales pues aquellos con unas expectativas positivas en la evaluación inicial solían abandonar con más frecuencia (26%) mientras que aquellos con expectativas mágicas estaban en menor proporción en seguimiento (3,8%) y eran dados más de alta (79%).

5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO FINAL Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ASISTENCIALES ASOCIADAS.

5.1. Relación del tratamiento farmacológico final con las variables cualitativas.

Variable	Categoría	Tratamiento final			p
		Ninguno	BZD	BZD±AD±otro	
Sexo	Varón	19 (42,2%)	16 (35,6%)	10 (22,2%)	0,021***
	Mujer	68 (66,7%)	21 (20,6%)	13 (12,7%)	
Estado civil	Con pareja	28 (49,1%)	16 (28,1%)	13 (22,8%)	0,084
	Sin pareja	59 (65,6%)	21 (23,3%)	10 (11,1%)	
Derivación	Normal	71 (58,2%)	31 (25,4%)	20 (16,4%)	0,82
	Preferente	16 (64%)	6 (24%)	3 (12%)	
Tipo Z	Z inequívoco	62 (65,3%)	21 (22,1%)	12 (12,6%)	0,12
	Z dudoso	25 (48,1%)	16 (30,8%)	11 (21,2%)	
Tratamiento inicial	Ninguno	61 (78,2%)	10 (12,8%)	7 (9%)	0****
	BZD	13 (32,5%)	21 (52,5%)	6 (15%)	
	BZD±AD±otros	12 (42,9%)	6 (21,4%)	10 (35,7%)	
Duración tto	< 2 meses		9 (64,2%)	5 (35,7%)	0,38
	2-6 meses		9 (52,9%)	8 (47,1%)	
	7-12 meses		12 (57,1%)	9 (42,9%)	
	>12 meses		7 (87,5%)	1 (12,5%)	
CGI final	Peor	2 (2,3%)	1 (2,7%)	3 (13%)	0,005***
	Igual	5 (5,8%)	9 (24,3%)	2 (8,7%)	
	Mejor	79 (91,9%)	27 (73%)	18 (78,3%)	
Cumplimiento seguimiento	No cumplidores	16 (32,7%)	5 (26,3%)	3 (21,4%)	0,81
	Cumplidores	12 (24,5%)	4 (21,1%)	5 (35,7%)	
	Cumplidores parciales	21 (42,9%)	10 (52,6%)	6 (42,9%)	
Sexo profesional psiquiatra	Hombre	37 (46,3%)	25 (31,3%)	18 (22,5%)	0,36
	Mujer	16 (55,2%)	10 (34,5%)	3 (10,3%)	

En primer lugar, la variable cualitativa a reseñar que está relacionada de forma estadísticamente significativa con el tratamiento farmacológico final es el tratamiento inicial; en el análisis descriptivo inicial, veíamos las diferencias reflejadas en la siguiente tabla:

	Tratamiento inicial	Tratamiento final
Ninguno	124 (50,8%)	86 (58,9%)
BZD	63 (25,8%)	37 (25,3%)
BZD ± AD ± otros	56 (23,4%)	23 (15,8%)

El porcentaje final de pacientes que están sin tratamiento en la reevaluación es mayor al inicial (59% frente al 50%); en cuanto a los porcentajes de pacientes en tratamiento sólo con benzodiacepinas al inicio y final de la evaluación no existen diferencias señaladas; y, la diferencia es reseñable en aquellos pacientes sin diagnóstico de trastorno mental que toman tratamientos asociados, generalmente antidepresivos y benzodiacepinas, siendo de un 23,4% al inicio del estudio que desciende al 16% en la reevaluación. En el análisis univariable, el tratamiento farmacológico final se relaciona de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el tratamiento inicial del siguiente modo: aquellas personas que no habían tomado inicialmente ningún tratamiento farmacológico se mantenían sin él (casi 80%), de los que tenían pautado de entrada benzodiacepinas la mitad continuaban con ellas y un tercio ya no las tomaban, y de los que tomaban tratamiento asociado de entrada, más del 40% no tomaban ningún tratamiento a los 9 meses y un 35% continuaban con él.

Otras variables cualitativas relacionadas de forma estadísticamente significativa con el tratamiento farmacológico final son las siguientes: el sexo, ya que las mujeres eran las que en mayor proporción no estaban tomando tratamiento alguno (66,7%) mientras que los hombres tenían pautado en mayor proporción bien solo benzodiacepinas (35,6%) o tratamiento asociado (22,2%); el CGI final, de tal manera que había más proporción de pacientes que se encontraban mejor que no tomaban ningún tratamiento farmacológico (92%), mientras que los que estaban igual tomaban más benzodiacepinas (24,3%) y los que estaban peor (13%) tenían pautado en mayor proporción

tratamiento asociado. La duración del tratamiento no tiene relación con tomar benzodiacepinas con/sin antidepresivos.

Por último, señalar que una variable relacionada con el tratamiento farmacológico final aunque no de forma estadísticamente significativa es el estado civil: las personas sin pareja estaban en mayor proporción sin tratamiento farmacológico (65,6% versus 49%) y los que tenían pareja tomaban en mayor proporción tratamiento asociado (23% versus 11%).

5.2. Relación del tratamiento farmacológico final con las variables cuantitativas.

Variable	Tto final	n	Media	DE	IC 95%	p
Edad	Ninguno	86	40,1	16,8	36,5 – 43,7	0****
	BZD	37	53,2	17,9	47,3 – 59,2	
	BZD±AD±otros	23	50	19,4	41,6 – 58,3	
GHQ-28 final	Ninguno	46	5,4	6,6	3,4 – 7,4	0,3
	BZD	25	7,2	6,6	4,5 – 10	
	BZD±AD±otros	16	8,2	8,2	3,8 – 12,6	
Citas totales 12 meses	Ninguno	87	2,84	2,9	2,2 – 3,4	0,16
	BZD	37	2,92	3,3	1,8 – 4	
	BZD±AD±otros	23	4,3	4,7	2,3 – 6,3	

De las variables cuantitativas, la única que presentaba relación estadísticamente significativa con el tratamiento farmacológico final es la edad, de modo que, los pacientes que no tomaban ningún tratamiento farmacológico tenían una edad media ligeramente más joven que aquellos que lo tomaban. Realizando comparaciones múltiples que expliquen la significación de la relación estadísticamente significativa entre la edad y el tratamiento farmacológico final, obtuvimos los siguientes resultados:

Variable dependiente	Tratamiento final 1	Tratamiento final 2	IC 95%
Edad	Ninguno	BZD	(- 21,7) – (- 4,8) ***
		BZD±AD±otros	(- 20,6) – 1,2
	BZD	Ninguno	4,8 – 21,5
		BZD±AD±otros	(- 9,1) – 15,7
	BZD±AD±otros	Ninguno	(- 1,8) – 20,9
		BZD	(-15,7) – 9,1

A través de estos resultados, podríamos decir que la única relación estadísticamente significativa (IC 95% no incluye el valor 0) dependería de la diferencia de edad entre los que no tomaban tratamiento farmacológico final y los que sólo tomaban benzodicepinas, de tal modo que aquellos pacientes que no tomaban ningún tratamiento farmacológico final tenían una edad media ligeramente menor. La diferencia de edad no resultó ser estadísticamente significativa entre los que no tomaban ningún tratamiento final y los que tomaban tratamientos asociados.

6. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PROFESIONAL CON LA INDICACIÓN CLÍNICA Y EL USO DE RECURSOS

6.1. Relación entre el tipo de profesional y el uso de recursos.

En primer lugar, se decidió estudiar la relación entre el tipo de profesional y el número total de citas concertadas a los 6 y 12 meses, variable tomada como cuantitativa.

Variable	Tipo profesional	n	Media	DE	IC 95%	p
CITAS TOTALES 6 MESES	Psiquiatra	186	2	1,7	-1,9 – (-0,8)	0****
	Psicólogo	56	3,3	2,7		
CITAS TOTALES 12 MESES	Psiquiatra	186	2,6	2,9	-2,6 – (-0,5)	0,005****
	Psicólogo	58	4,2	3,8		

La relación entre el tipo de profesional y el número total de citas concertadas tanto a los 6 meses como a los 12 meses es estadísticamente significativa; así pues, mientras que los psiquiatras suelen citar una media de 2 citas por paciente a los 6 meses, los psicólogos suelen dar hasta 3 citas en el mismo período de tiempo. A los 12 meses, los psiquiatras han dado una media de 2 citas y media por paciente mientras que los psicólogos los citaron una media de 4 veces.

Como la relación ha sido estadísticamente significativa en ambos casos, se decide separar a los pacientes que están en seguimiento por psicología y por psiquiatría pero, en este último caso, sin ningún tipo de tratamiento farmacológico pautado para justificar no solo un seguimiento de supervisión farmacológica que pueden realizar exclusivamente los psiquiatras sino también de apoyo psicoterapéutico por ambas partes; y dicho grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico en seguimiento se cruzan con el tipo de profesional para observar si existen también diferencias en la concertación del número de citas entre los profesionales.

Variable	Tipo profesional	n	Media	DE	IC 95%	p
CITAS TOTALES 6 MESES	Psiquiatra	53	1,7	1,5	(- 2,5) – (- 4,3)	0,006***
	Psicólogo	34	3,2	2,7		
CITAS TOTALES 12 MESES	Psiquiatra	53	2	1,7	(- 3,4) – (- 0,6)	0,005***
	Psicólogo	34	4,1	3,8		

Por tanto, en aquellas personas sin diagnóstico de trastorno mental que continuaban en seguimiento en nuestro centro de salud pero sin tratamiento psicofarmacológico añadido, observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre las citas totales a los 12 meses y el tipo de profesional, de tal manera que, los psicólogos concertaban el doble de citas a estas personas que los psiquiatras en el mismo período de tiempo (12 meses). La relación es también casi estadísticamente significativa para las citas totales a los 6 meses y el tipo de profesional: mientras que los psiquiatras concertaron casi 2 citas en 6 meses, los psicólogos lo hicieron en 3 citas. A los 12 meses, los psiquiatras mantenían este número de citas concertadas (1,7) mientras que los psicólogos habían citado casi 4 citas en el mismo período de tiempo. Con ello, podríamos deducir que, en un período más corto de tiempo, las citas concertadas por psiquiatras y psicólogos suelen ser entre 2 y 3; con el paso del tiempo, los psicólogos dan más citas probablemente debido a que mantienen más tiempo en seguimiento a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental.

Como existe un sesgo implícito en el estudio acerca del sexo del profesional (todos los psicólogos eran mujeres), no podíamos valorar si existían diferencias en aquellas personas con diagnóstico de código Z en seguimiento a los 12 meses sin ningún tipo de tratamiento en función del sexo del profesional, independientemente de si éste era psiquiatra o psicólogo; pero pensamos ver si existían diferencias para estas personas en relación al sexo del psiquiatra, y obtuvimos que la relación no era estadísticamente significativa tal como se refleja en la siguiente tabla:

Variable	Sexo del psiquiatra	n	Media	DE	IC 95%	p
CITAS TOTALES 12 MESES	Hombre	37	2,1	1,7	(- 0,7) – 1,3	0,8
	Mujer	16	1,8	1,7		

6.2. Relación entre el tipo de profesional y la indicación clínica a los 6 y 12 meses.

Variable	Categoría	Tipo profesional		
		Psiquiatra	Psicólogo	p
Indicación clínica 6 meses	Alta voluntaria/Abandono	38 (20,4%)	18 (31%)	0,056****
	Alta definitiva	131 (70,4%)	31 (53,4%)	
	Seguimiento	17 (9,1%)	9 (15,5%)	
Indicación clínica 12 meses	Alta voluntaria/Abandono	39 (21%)	27 (46,6%)	0****
	Alta definitiva	131 (70,4%)	26 (44,8%)	
	Seguimiento	16 (8,6%)	5 (8,6%)	

La variable indicación clínica tiene una relación estadísticamente significativa con el tipo de profesional tanto a los 6 meses como a los 12 meses a expensas de lo siguiente: los psiquiatras dan más altas a las personas sin trastorno mental diagnosticable en la misma proporción a los 6 y a los 12 meses (70%), con un mínima proporción de abandonos y altas voluntarias a los 6 y 12 meses (20%) de aquellos que continuaban en seguimiento; los psicólogos dan menos altas (53,4% a los 6 meses y 45% a los 12 meses), y suelen tener un porcentaje mayor de abandonos y altas voluntarias que se incrementa en el tiempo en los pacientes que continúan en seguimiento (30% a los 6 meses y 46,6% a los 12 meses). Esto podría corroborar los resultados obtenidos en el apartado anterior de la relación

entre el tipo de profesional y las citas totales concertadas: generalmente, los psiquiatras suelen dar altas más tempranas y mantener en seguimiento a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental hasta los 6 meses en un número total de 2 a 3 citas, mientras que los psicólogos suelen dar menos altas a corto plazo y mantener en mayor proporción a las personas con diagnóstico de código Z en seguimiento con una media de citas de 4 en 12 meses, y por tanto, el porcentaje de abandonos y altas voluntarias en este tiempo es mayor al de los psiquiatras.

7. RELACIÓN ENTRE REEVALUACIÓN DEFINITIVA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ASISTENCIALES Y CLÍNICAS.

7.1. Relación entre la reevaluación definitiva con las variables cualitativas.

Variable	Categoría	Reevaluación definitiva		
		NO	SI	p
Sexo	Hombre	28 (38,4%)	45 (61,6%)	0,44
	Mujer	69 (49,4%)	102 (59,6%)	
Estado civil	Con pareja	31 (35,2%)	57 (64,8%)	0,17
	Sin pareja	66 (42,3%)	90 (57,7%)	
Nivel educativo	Analfabeto/ E. P.	17 (34%)	33 (66%)	0,25
	Medio	37 (36,6%)	64 (63,4%)	
	Superior	43 (46,2%)	50 (53,8%)	
Situación laboral	Activo ocupado	55 (41,7%)	77 (58,3%)	0,3
	Activo no ocupado	12 (50%)	12 (50%)	
	No activo	30 (34,1%)	58 (65,9%)	
Ocupación laboral	Empresario	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,66
	Asalariado	62 (41,9%)	86 (58,1%)	
	Ama de casa	16 (39%)	25 (61%)	
Contrato laboral	Fijo/ indefinido	43 (44,3%)	54 (55,7%)	0,57
	Temporal	11 (34,4%)	21 (65,6%)	
	Autónomo	3 (50%)	3 (50%)	
A. P. PSIQ.	No	72 (39,1%)	112 (60,9%)	0,47
	Si	24 (40,7%)	35 (59,3%)	
Tratamiento inicial	Ninguno	47 (37,6%)	78 (62,4%)	0,21
	BZD	22 (35,5%)	40 (64,5%)	
	BZD±AD±otros	28 (50%)	28 (50%)	
Tipo Z	Z inequívoco	65 (40,6%)	95 (59,4%)	0,4
	Z dudoso	32 (38,1%)	52 (61,9%)	
Expectativas iniciales	Negativas	11 (40,7%)	16 (59,3%)	0,06**
	Positivas	52 (46,4%)	60 (53,6%)	
	Mágicas	14 (26,9%)	38 (73,1%)	
Indicación inicial	Alta	16 (41%)	23 (59%)	0,5
	Seguimiento	81 (39,5%)	124 (60,5%)	
CGI inicial	Sin enfermedad	63 (40,6%)	92 (59,4%)	0,42
	Con enfermedad	33 (37,5%)	55 (62,5%)	
Derivación	Normal	70 (36,5%)	122 (63,5%)	0,032****
	Preferente	27 (51,9%)	25 (48,1%)	
Tipo profesional	Psiquiatra	77 (41,4%)	109 (58,6%)	0,22
	Psicólogo	20 (34,5%)	38 (65,5%)	
Sexo profesional	Hombre	58 (42%)	80 (58%)	0,24
	Mujer	39 (36,8%)	67 (63,2%)	
Demandante	Paciente/ familia	45 (40,9%)	65 (59,1%)	0,44
	Profesional	52 (39,1%)	81 (60,9%)	
Cumplimiento citas	Alta 1ª cita	47 (42%)	65 (58%)	0,79
	No cumplidores	13 (35,1%)	24 (64,9%)	
	Cumplidores	16 (43,2%)	21 (56,8%)	
	Cumplidores parciales	21 (36,2%)	37 (63,8%)	

La única variable cualitativa que tiene relación estadísticamente significativa con el hecho de haber sido o no reevaluado a los 9 meses es el tipo de derivación: los pacientes que inicialmente fueron derivados a la consulta de salud mental con carácter preferente fueron reevaluados en menor proporción (52%) que aquellos que fueron derivados con carácter normal (63,5%). Otra variable a señalar aunque la relación no sea significativa pero se acerque son las expectativas iniciales pues los pacientes con unas expectativas mágicas en la evaluación fueron reevaluados en mayor proporción (73%) que aquellos que traían unas expectativas negativas y positivas (59% y 53,6% respectivamente).

7.2. Relación de la reevaluación definitiva con las variables cuantitativas.

Variable	Reevaluación definitiva	n	Media	DE	IC 95%	p
Edad	NO	97	42,1	17,3	-7,5 – 1,7	0,22
	SI	146	45	18,3		
GHQ-28 inicial	NO	88	13,2	7,3	-2,3 – 1,6	0,72
	SI	133	13,5	6,9		
Citas totales 6 meses	NO	97	2,4	2,1	-0,4 – 0,6	0,64
	SI	147	2,3	2		
SCL90-R inicial						
GSD inicial	NO	67	1,1	0,7	-0,3 – 0,1	0,25
	SI	120	1,2	0,7		
PSDI inicial	NO	67	2	0,6	-0,4 – 0,04	0,12
	SI	120	2,2	0,7		
PSTI inicial	NO	67	34,3	28,6	-13,3 – 4,2	0,31
	SI	120	38,9	29,5		
SOM inicial	NO	67	1,3	0,8	-0,3 – 0,2	0,6
	SI	120	1,4	0,9		
OC inicial	NO	67	1,5	0,9	-0,1 – 0,4	0,35
	SI	120	1,4	0,9		
IS inicial	NO	67	1,1	0,8	-0,3 – 0,2	0,7
	SI	120	1,2	0,9		
DEP inicial	NO	67	1,7	0,9	-0,3 – 0,3	1
	SI	120	1,7	1		
ANS inicial	NO	67	1,3	0,8	-0,3 – 0,1	0,4
	SI	120	1,4	0,8		
HOS inicial	NO	67	0,8	0,9	-0,63 – (-0,64)	0,02****
	SI	120	1,2	1		
FOB inicial	NO	67	0,5	0,7	-0,3 – 0,1	0,6
	SI	120	0,6	0,7		
PAR inicial	NO	67	1,1	0,9	-0,3 – 0,2	0,8
	SI	120	1,1	0,9		
PSY inicial	NO	67	0,7	0,7	-0,2 – 0,2	0,9
	SI	120	0,7	0,7		
SDI inicial	NO	67	1,4	0,9	-0,5 – 0,05	0,1
	SI	120	1,6	0,9		

En cuanto a las variables cuantitativas, la única que tiene una relación estadísticamente significativa con el hecho de ser o no reevaluado, es una de las subescalas del SCL-90R inicial: aquellos personas que puntuaron más alto en la subescala de hostilidad fueron más reevaluados que los que puntuaron más bajo en dicha escala.

En líneas generales, podemos decir que no existen diferencias relevantes ni clínicas ni sociodemográficas ni asistenciales entre los pacientes reevaluados y los no reevaluados por el sesgo metodológico.

DISCUSIÓN

1. EVOLUCIÓN CLÍNICA

Del total de la muestra de 244 individuos diagnosticados como códigos Z, 146 de ellos (59,8%) fueron reevaluados entre los 6 y 12 meses posteriores a la evaluación inicial. Existe una proporción significativa de personas sin diagnóstico de trastorno mental que no fueron finalmente reevaluadas lo cual supone un sesgo metodológico a tener en cuenta en los resultados finales del estudio y que trataremos de analizar más adelante.

Del total de los 146 reevaluados, casi un 85% de las personas diagnosticadas como códigos Z fueron evaluadas por el terapeuta como clínicamente mejor según el CGI (puntuación de 1 a 3) a los 9 meses; un 11% no habían experimentado cambios clínicos transcurrido este tiempo (puntuación 4) y sólo 4,1% (6 casos) estaban peor clínicamente (puntuación 5-7); de este 4,1%, 5 de ellas desarrollaron enfermedad mental a medio plazo y representan un 2% de los códigos Z reevaluados. Entre los trastornos mentales diagnosticados, tres correspondían con trastornos adaptativos (CIE 9: 309), uno con psicosis debidas a drogas (CIE 9: 292.8) y otro con un trastorno de la personalidad histriónico (CIE 9: 301.5). Por tanto, sólo 5 personas de las 146 sin diagnóstico inicial de patología mental fueron diagnosticadas posteriormente de un trastorno mental, y en su mayor proporción el diagnóstico fue de trastornos adaptativos.

Hasta hoy en día, no existe conocimiento acerca de la evolución clínica de estas personas que acuden al centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. No existen estudios longitudinales sobre el curso clínico a medio ni largo plazo y, por tanto, cuál es el riesgo de que desarrollen una enfermedad mental. Siddique y Aubry realizaron un estudio que publicaron en dos artículos; en el estudio más completo (Siddique CM y Aubry TD., 1997) realizaron un trabajo retrospectivo de seis años en tres centros de salud mental comunitarios en una zona semirural de Canadá con una muestra total de 7220 pacientes. En dicho estudio apuntan que casi el 81% de las personas diagnosticadas como códigos V mostraron una mejoría al alta. Este porcentaje se aproxima al obtenido en nuestro estudio donde casi el 85% evolucionaron favorablemente a los 9 meses.

Con respecto a los estudios realizados sobre trastornos subumbrales, Magruder K. y Calderone G. (2000) en su artículo sobre las consecuencias en la salud pública de los distintos umbrales para los trastornos mentales, hacen referencia al estudio prospectivo realizado por Broadhead y col. (1990) con respecto a diversos umbrales depresivos empleando los datos obtenidos por el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area). Concluyen que el curso de los pacientes con menor gravedad sintomática es más favorable encontrándose 65% asintomáticos un año más tarde de ser diagnosticados, y sólo un 1,8% habían evolucionado a depresión mayor. Otros autores hacen referencia a la evolución clínica de las condiciones subumbrales apuntando hacia un riesgo mayor de padecer trastornos mentales y barajando cifras muy variables (13% al 50%) de desarrollo de trastorno mental a medio y largo plazo (Sherbourne C.D. y col., 1994; Judd L.L., Rapaport M.H., Paulus M.P. y Brown J.L., 1994; Judd L.L., Paulus M.P., Wells K.B. y Rapaport M.H., 1996; Pini S. y col., 1999; Sadek N. y Bona J., 2000; Rucci P. y col., 2003; Lewinsohn P.M. y col., 2004). Dichas cifras de riesgo de desarrollar enfermedad mental, aún siendo muy variables, son mayores que las obtenidas en nuestro estudio donde sólo un 2% de las personas sin patología mental son diagnosticados de un trastorno mental a los 9 meses.

La evolución clínica de las personas con diagnóstico de código Z también se podría evaluar con la comparación de resultados entre los cuestionarios autoadministrados en la evaluación inicial y en la reevaluación. Podríamos considerar mejoría clínica cuando el resultado en la resta de las medias sintomatológicas finales e iniciales es positivo mientras que serán considerados peor o igual clínicamente aquellos cuya resta sea menor o igual a 0. Con respecto al GHQ-28 fue rellenado por 221 sujetos del total de la muestra (244) en la evaluación y por 88 sujetos del total de la muestra (146) de la reevaluación. El análisis de esta variable ha sido cualitativo separando los posibles casos psiquiátricos con una puntuación de 6 o más de los no-casos que puntúan 5 o menos. El número de personas que puntuó como caso psiquiátrico fue de 186 (84%) en la evaluación inicial. El valor medio obtenido fue de 13,4. En la reevaluación, 42 sujetos (48%) continuaban puntuándose como caso

psiquiátrico. Esto contrasta con los resultados de la valoración profesional donde sólo un 2% fueron diagnosticados de trastorno mental por los terapeutas a los 9 meses. El valor medio descendió casi a la mitad (6,56) y la diferencia entre los resultados del GHQ-28 en la evaluación inicial y la reevaluación es de 7 puntos y es estadísticamente significativa ($p=0$), lo cual refleja que los pacientes reevaluados han apreciado una mejoría clínica subjetiva. El GHQ-28 es un instrumento de cribaje de trastornos mentales utilizado en población general y en atención primaria. Su empleo en las consultas de salud mental no se realiza habitualmente porque se supone que los pacientes ya están seleccionados por el médico de atención primaria y teóricamente son lo suficientemente graves como para haber pasado dos filtros asistenciales por lo que necesariamente tienen que puntuar en un alto porcentaje como caso psiquiátrico, aunque verdaderamente no lo sean. Esto explica el alto número de falsos positivos. En un estudio realizado por Leon A. y col. (1997) sobre pacientes con falsos positivos como resultado de los procesos de identificación de enfermedad mental a través de tests como el GHQ-28 concluyen que los falsos positivos son frecuentes y conllevan un uso creciente de los recursos sanitarios, una atención clínica innecesaria y un mayor consumo del tiempo de los profesionales. En nuestro estudio, aunque es evidente que el total de casos psiquiátricos según el GHQ-28 se redujo de la evaluación inicial a la reevaluación, al igual que la puntuación media, la proporción de caso psiquiátrico (y, por tanto, de falso positivo) continúa siendo considerable.

El SCL-90R se ha utilizado para medir la gravedad sintomática y como medida multidimensional de psicopatología. Según el estudio previo (Ortiz Lobo A., 2004), a partir de los resultados del SCL-90R, los códigos Z presentan mayor gravedad sintomática que la población general, pero menor que la de los pacientes que acuden a un servicio psiquiátrico ambulatorio. Esto nos da idea de que los códigos Z tienen más síntomas que la población general y por eso consultan, pero su intensidad clínica los sitúa fuera del grupo de los trastornos mentales. En la reevaluación, el SCL-90R fue rellenado por 81 pacientes de los 146 reevaluados.

En la reevaluación se ha producido un descenso en todas las puntuaciones de las subescalas del SCL90-R de la población sin trastorno mental, y en mayor medida en las subescalas de depresión, ansiedad y síntomas discretos (SID), pero también en las subescalas GSI (Índice Global de Gravedad), PSDI (Índice de Distres de Síntomas Positivos), somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal y hostilidad; en todas estas subescalas señaladas el descenso es estadísticamente significativo ($p < 0,05$) lo cual refleja una mejoría de la gravedad clínica subjetivamente percibida por el paciente desde la evaluación inicial. A pesar de este descenso, las puntuaciones de los códigos Z en la reevaluación continúan siendo de mayor gravedad sintomática que en una muestra de la población general, pero menor que la de los pacientes con trastorno mental, lo cual refleja, al igual que en la evaluación inicial, que los códigos Z continúan teniendo más síntomas que la población general, incluso aunque hayan mejorado sintomáticamente a medio plazo.

En la siguiente tabla, se comparan los resultados de nuestra población de códigos Z en la evaluación inicial y en la reevaluación con una muestra de población general (De las Cuevas C y col., 1991).

INDICES	Población Z distrito Salamanca (Madrid) en la evaluación inicial (n=188)		Población Z distrito Salamanca (Madrid) en reevaluación (n=81)		Diferencia SCL-90R inicial y final	Población general de Tenerife (n=570)	
	Media	SD	Media	SD		Media	SD
GSI	1,20	0,69	0,89	0,82	0**	0,45	0,33
PST	36,81	29,03	33,05	24,80	0,001**	-	-
PSDI	2,13	0,67	1,95	0,78	0,123	-	-
SOM	1,35	0,86	1,02	1,03	0,001**	0,54	0,54
OC	1,43	0,86	1,14	0,96	0,022**	0,58	0,50
ISI	1,13	0,88	0,80	0,90	0,003**	0,43	0,42
DEP	1,70	0,96	1,22	1,06	0**	0,70	0,54
ANS	1,35	0,81	0,91	0,91	0**	0,49	0,51
HOS	1,07	0,95	0,77	0,91	0,001**	0,43	0,51
FOB	0,60	0,72	0,49	0,74	0,57	0,24	0,34
PAR	1,10	0,89	0,88	0,91	0,1	0,44	0,48
PSY	0,74	0,70	0,57	0,91	0,16	0,21	0,29
SDI	1,51	0,90	1,15	0,95	0**	-	-

En el análisis correlacional realizado entre el estado clínico de las personas sin trastorno mental según CGI y las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales, algunas de ellas se relacionan con un CGI mejor y, por tanto, una evolución clínica favorable y son tener un contrato laboral y no estar tomando ningún tipo de tratamiento farmacológico en la reevaluación. Las personas con antecedentes psiquiátricos previos tenían una evolución clínica más negativa posiblemente en relación a esa predisposición previa. Y los pacientes con tratamiento farmacológico asociado (benzodiacepinas con antidepresivos y/o otros) en la reevaluación mejoraban menos clínicamente, sobre todo con respecto a aquellos que no tomaban ningún tratamiento farmacológico ya que lógicamente aquellas personas que tomaban tratamiento serían las que mayor gravedad clínica inicial presentaban. La edad se relaciona significativamente con el CGI final: los pacientes de más edad (media de 60 años) no experimentan cambios clínicos con respecto a la evaluación inicial mientras que pacientes algo más jóvenes (media 35 años) son los que evolucionan menos favorablemente. Las mujeres suelen mejorar algo más que los hombres.

Las subescalas del SCL-90-R inicial que se relacionan significativamente con un CGI peor ($p < 0,05$), y por tanto, una peor evolución clínica son: fóbico, paranoide y psicosis; y aunque no son clínicamente significativos pero se aproximan, también los índices GSI (índice global de gravedad) y depresión se relacionan con una peor evolución clínica.

Señalar que no se hallaron diferencias significativas en la evolución clínica según el tipo de diagnóstico Z realizado al inicio (Z inequívoco o Z dudoso), diferenciación que se realizó para aquellos casos cuyo estado clínico cuestionaba a los profesionales si el paciente podía o no estar más cercano a padecer una enfermedad mental; por tanto, aquellas personas con diagnóstico de Z dudoso no evolucionan en mayor proporción a enfermedad mental comparados con los Z inequívoco. Del mismo modo, la puntuación del GHQ-28 en la evaluación tampoco está relacionado con tener una evolución clínica favorable o desfavorable lo cual vuelve a poner en cuestión la fiabilidad de dicho instrumento

para detectar casos psiquiátricos. Ni ser dado de alta en la primera cita o continuar en seguimiento en salud mental, ni tomar tratamiento farmacológico de entrada influyen tampoco en la evolución clínica.

Como hemos visto, no existen estudios longitudinales sobre el curso clínico a medio ni largo plazo de las personas sin diagnóstico de trastorno mental que acuden a salud mental, y en estudios previos sobre códigos V apenas si evalúan la evolución clínica, ni analizan qué variables pueden estar en relación con el curso clínico de estas personas. Tampoco en los estudios realizados hasta el momento sobre las condiciones subumbrales analizan qué variables están asociadas con la evolución clínica. Por tanto, serían necesarios estudios longitudinales a medio y largo plazo que evalúen el curso clínico de estas personas sin trastorno mental diagnosticable, qué variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales pudiesen influir en dicha evolución y si la intervención terapéutica supone diferencias en la evolución y cuáles de dichas intervenciones podrían ser las más beneficiosas para obtener una evolución clínica más favorable.

2. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LOS CÓDIGOS Z TRAS LA REEVALUACIÓN.

En el estudio descriptivo inicial (Ortiz Lobo A., 2004), el 50,9% de las personas sin trastorno mental diagnosticable fueron diagnosticados de problemas relacionados con el grupo de apoyo incluidas circunstancias familiares (Z63)(la mayoría por problemas de pareja (24,6%) o duelo por el fallecimiento de un familiar (8,6%)). Otra buena proporción correspondían a los problemas relacionados con el empleo y el desempleo (18,4%) y, en menor medida, con el manejo de las dificultades de la vida (9,3%) y los problemas relacionados con el ambiente social (8,6%).

En la reevaluación, se corroboran los diagnósticos Z previamente realizados y la distribución de porcentajes es similar con respecto a la evaluación. Los problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares (Z63) representan un 32,9%, siendo un 12,3% problemas

de pareja y un 6,6% duelo por el fallecimiento de un familiar; los problemas relacionados con el empleo y el desempleo representan un 8,6%, siguiéndoles los problemas relacionados con el ambiente social (5,6%) y los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (3,2%).

Comparándolo con estudios previos, en el estudio de Siddique, Aubry y Mulhall (1996) se recoge que los problemas paternofiliales y las transiciones de etapas vitales fueron los más comunes entre los pacientes con el diagnóstico exclusivo de código V, y los problemas de pareja aparecían más frecuentemente en pacientes que reunían las dos condiciones (código V y trastorno mental).

En Spinhoven P y Van der Does J. (1999) coinciden los diagnósticos de códigos V más frecuentes con nuestro estudio: problemas maritales (42%), transiciones de etapas de la vida u otras circunstancias vitales (24%), otros problemas interpersonales (10%) y problemas parentales (7%).

En cuanto al diagnóstico definitivo de las 5 personas que fueron diagnosticadas de trastorno mental a los 9 meses, 3 recibieron el diagnóstico de trastorno adaptativo, 1 de ellos de psicosis debida a drogas (diagnóstico independiente al de código Z añadido a medio plazo) y otro de trastorno histriónico de la personalidad (que reflejaría un error diagnóstico inicial).

3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS CÓDIGOS Z A LOS 6-12 MESES.

En el estudio descriptivo inicial (Ortiz Lobo A., 2004), la mitad de los pacientes ya venían con tratamiento farmacológico pautado y, de éstos, el 53% llevaba menos de dos meses con dicho tratamiento pautado lo cual significaba que el médico de atención primaria pautaba el tratamiento farmacológico a estos individuos y los derivaba en el mismo acto asistencial sin esperar siquiera si el tratamiento pudiera o no ser efectivo. De los tratamientos psicofarmacológicos pautados, un 44% tomaban antidepresivos lo cual era un porcentaje sumamente elevado si tenemos en cuenta que estos

pacientes no presentan trastornos depresivos ni ningún otro trastorno susceptible de ser mejorado con estos fármacos.

Con respecto a la intervención farmacológica realizada tras la entrevista de evaluación inicial, sólo se añadió tratamiento a una cuarta parte de los sujetos y en la mayoría de los casos, fueron benzodiacepinas; sólo a un 3,7% (9 casos) se introdujo un antidepresivo y correspondían en todos ellos con un diagnóstico de código Z dudoso. En un 22,2% no se modificó el tratamiento que ya tenían pautado, a un 11,9% se le suspendió y un 40,7% venían sin tratamiento y así se quedaron. Entre las variables relacionadas con el tipo de intervención farmacológica se obtuvo que una de ellas era el estado civil, de tal modo que, a los viudos se les añadía muy pocas veces tratamiento con respecto al resto de estados civiles y se les suspendía mucho más que al resto. La edad está estrechamente relacionada con el tratamiento: a los de mayor edad se les añade menos tratamiento y se les suspende más, mientras que los más jóvenes vienen más sin tratamiento y no se les añade. El vivir solo está asociado a suspender menos tratamientos. Los que demandan la atención a petición propia vienen con menos tratamiento pautados. A los derivados con carácter preferente se les añade más tratamiento. Aquellos que tienen antecedentes personales psiquiátricos o de tratamiento, los diagnosticados de Z dudosos, los que puntúan como caso psiquiátrico en el GHQ-28 y puntúan más en el SCL-90R en las subescalas GSI, PSDI, SOM y FOB venían en mayor proporción con tratamiento pautado y además se les añade más tratamiento. No hubo influencia del sexo de los psiquiatras en el tipo de intervención psicofarmacológica.

En la reevaluación, del total de los 146 reevaluados, el 59% de los códigos Z venían sin tratamiento (porcentaje algo mayor a la evaluación inicial: 50,8%). No se objetivaron grandes diferencias en la evaluación y reevaluación entre aquellos que sólo tomaban benzodiacepinas (25,8% versus 25,3%); aunque la diferencia es evidente en aquellos que tomaban benzodiacepinas asociadas a otro psicofármaco (antidepresivos en su mayoría): 23% en la evaluación frente a un 15,8% de la

reevaluación, lo cual significa que se redujo a medio plazo sobre todo el porcentaje de códigos Z que tomaban tratamientos específicos para trastornos mentales.

En cuanto al cambio realizado en la pauta farmacológica, observamos las siguientes diferencias entre el tratamiento inicial y el tratamiento a los 6-12 meses: más del 78% de las personas que no habían tomado inicialmente ningún tratamiento farmacológico se mantenían sin él; a un 13% (10 casos) se les añadió una benzodiacepina y sólo a un 9% (7 casos) un antidepresivo. Un 32% de los que tomaban sólo benzodiacepinas ya no las tomaban, un 52% las mantenían y al 15% restante (6 casos) se les había añadido otros psicofármacos. Al 43% de las personas que tomaban de entrada tratamientos asociados se les retiró por completo, a un 21% se le retiró sólo el antidepresivo y un 35% de ellos continuaban con tratamientos asociados. En resumen, más del 75% de los pacientes con diagnóstico inicial de código Z no tomaban tratamiento psicofarmacológico alguno a los 6-12 meses; los pacientes con diagnóstico de código Z a los 6-12 meses que estaban en tratamiento farmacológico era principalmente con benzodiacepinas. Sólo se añadió psicofármacos específicos (principalmente antidepresivos) a 13 casos que previamente no tomaban tratamiento o sólo tenían pautado benzodiacepinas. Al igual que en el estudio inicial, no se objetivó relación estadísticamente significativa con el sexo del psiquiatra con la intervención farmacológica a los 6-12 meses.

Algunas variables se relacionan de forma estadísticamente significativa con el tratamiento farmacológico a los 6-12 meses; en primer lugar el sexo, ya que las mujeres eran las que en mayor proporción no estaban tomando tratamiento alguno mientras que los hombres lo tenían pautado en mayor proporción con benzodiacepinas asociadas o no a otros psicofármacos; dichos resultados difieren de los obtenidos con el tratamiento inicial donde no se hallaron diferencias entre sexos. Los pacientes que no tomaban ningún tratamiento farmacológico en la reevaluación tenían una edad media ligeramente más joven que aquellos que lo tomaban, lo cual coincide con el tratamiento inicial pues los más jóvenes venían con menos tratamiento pautado y se les añadía menos. Otra variable relacionada con el tratamiento farmacológico, aunque no de forma estadísticamente significativa, es el

estado civil: las personas sin pareja estaban en mayor proporción sin tratamiento farmacológico y los que tenían pareja tomaban en mayor proporción tratamiento asociado, hallazgos que también coinciden con los resultados obtenidos en la evaluación inicial.

En cuanto al CGI final, el 90% de pacientes que se encontraban mejor clínicamente no tomaban ningún tipo de tratamiento farmacológico, mientras que los que estaban igual clínicamente según CGI tomaban más benzodiacepinas y los que estaban peor clínicamente tenían pautado en mayor proporción tratamiento asociado posiblemente porque, a mayor gravedad clínica, se pautan más psicofármacos específicos. Otra variable a tener en cuenta aunque la relación no es estadísticamente significativa son las citas totales a los 12 meses, de tal manera que los pacientes que estaban con tratamientos asociados de distintos grupos farmacológicos en la reevaluación, tenían una media de 3 citas frente a las 2 citas de aquellos que no tomaban tratamiento o sólo tenían pautado benzodiacepinas.

Aunque en el estudio inicial el tipo de derivación, el tipo de Z (dudoso o inequívoco) y el GHQ-28 inicial presentaban diferencias significativas en cuanto al tratamiento farmacológico inicial, no es así ya con el tratamiento final de la reevaluación.

En cuanto a la duración total del tratamiento farmacológico de aquellos que lo tomaban en la reevaluación, del 59% total de las personas con diagnóstico de código Z que tomaba algún tipo de psicofármaco en la evaluación inicial, el 63,3% lo llevaba tomando entre 2 y 12 meses posiblemente en relación al tiempo desde que fue evaluado la primera vez y se le indicó o se conservó el tratamiento que traían pautado; el 23,3% sólo lo tomaba desde hacía menos de 2 meses y el 13,3% más de un año. La duración del tratamiento no tiene relación con tomar benzodiacepinas con/sin antidepresivos.

En los estudios previos realizados sobre los códigos V, ninguno de ellos evalúa si el tratamiento farmacológico es efectivo y cuáles de los distintos psicofármacos son los más beneficiosos con el menor riesgo iatrogénico. Sólo en el estudio holandés (Spinhoven P y Van der Does J.W., 1999) analizan los porcentajes de los tratamientos farmacológicos pautados a los códigos V (aunque no

especifican el momento en que se pauta el tratamiento): el 82% de los códigos V no tomaban ningún tipo de tratamiento (porcentaje algo mayor al obtenido en nuestro estudio tanto al inicio -51%- como a los 6-12 meses –casi 60%); el 10% tomaban benzodiazepinas (frente al 25% de nuestro estudio al inicio y a los 6-12 meses) y un 3% antidepresivos o neurolépticos (valor también menor a nuestros resultados donde el 23% toman tratamientos asociados en la evaluación inicial y casi un 16% a los 6-12 meses). Siddique y Aubry (1997) en su estudio de códigos V recogieron que un 15% de los códigos V mantenían el tratamiento más de un año, porcentaje similar al obtenido en nuestro estudio (13%). Ninguno de estos estudios evalúa las variables que pudiesen estar asociadas con el tratamiento psicofarmacológico. Conclusiones similares ofrecen los estudios realizados sobre los usuarios etiquetados como trastornos subumbrales; dichos estudios hacen mención del mayor uso de tratamiento farmacológico en pacientes con trastornos subumbrales, sobre todo depresiones subumbrales. Johson J., Weissman M., y Klerman G.L. (1992) señalan que el uso de psicofármacos en personas con síntomas depresivos que no cumplen criterios diagnósticos de depresión mayor ni distimia es casi el 15% para las benzodiazepinas, 21% para hipnóticos y 22% para antidepresivos. Sherbourne C.D. y col. (1994) apuntan que hasta el 45% de las personas con depresión subumbral fueron tratados de modo similar a aquellos diagnosticados con depresión mayor, es decir, con benzodiazepinas y/o antidepresivos. Y en el estudio prospectivo, naturalístico a largo plazo del curso sintomático de la depresión en el que incluyen las condiciones subumbrales realizado por Judd L.L., Akiskal H.S. y col. (1998) señalan que el 54,4% de las depresiones subumbrales tenían pautados antidepresivos. En líneas generales, casi todos ellos concluyen que es necesario realizar estudios prospectivos sobre la eficacia del tratamiento farmacológico para estas condiciones, pero ya no sólo como medida curativa sino también como medida preventiva que evite la evolución hacia un trastorno mental.

En cualquier caso, se necesitan estudios prospectivos que evalúen si la intervención farmacológica es necesaria en estas personas con malestar; estudios que analicen si se benefician de alguna intervención y qué tipo de intervenciones, bien farmacológicas y/o psicoterapéuticas son las más adecuadas para este tipo de personas valorando su estado clínico a medio y largo plazo; y, por supuesto, estudios que analicen si el no-tratamiento es más beneficioso que el tratamiento para estos casos.

4. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LOS CÓDIGOS Z SOBRE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental ha surgido como una necesidad reciente en salud como indicador del cumplimiento de sus expectativas subjetivas así como indicador de la calidad de la atención prestada. La satisfacción es un resultado buscado por el sistema asistencial y depende tanto de la atención prestada como de los valores y expectativas del usuario. Mientras la “satisfacción del usuario” es un término ampliamente utilizado, la definición de dicho término y lo que ésta implica resulta controvertida, multifacética y multidimensional, que precisa no sólo de componentes relacionados con el propio sistema sino también del conocimiento de aspectos subjetivos más específicos de la experiencia de los pacientes, entre ellos la satisfacción de las expectativas, valores culturales, interacción profesional-paciente, etc. (Williams B., 1994; Williams B y Wilkinson G., 1995; Sitzia J y Wood N, 1997; Moré M., 2000; Martínez Azumendi O., Beitia M., 2000; Jackson J., Chamberlin J y Kroenke K., 2001; Puschner y col., 2005). La satisfacción refleja el tipo de intervención que los pacientes desean y/o la congruencia entre las intervenciones que desean y las que reciben: una mayor congruencia entre los deseos de intervención específica y las intervenciones recibidas, aumenta la satisfacción (Like y Zuzanski, 1987; Brody y col., 1989). A pesar de la potencial utilidad de los estudios de satisfacción, sin embargo quedan aún por

resolver muchos aspectos poco claros en relación a dicho concepto y su aplicación. Dificultades no sólo por lo confuso del propio constructo teórico de satisfacción sino también por las propias características individuales del usuario y los condicionantes sociales (Crawford M y Kessel A., 1999; Martínez- Azumendi O y Beitia M., 2000), y más aún si se trata de valorar la calidad de los servicios de salud mental según la conveniencia de la satisfacción del usuario.

En una revisión de la literatura sobre los estudios en relación a la satisfacción de los usuarios en salud mental, Moré M (2000) repasa los diversos factores asociados con la satisfacción de los usuarios. No se hallaron variables sociodemográficas relacionadas con la satisfacción; en cuanto a las variables clínico-asistenciales (por ejemplo, diagnóstico, tipo de tratamiento, tipo de profesional, número de contactos), los resultados fueron contradictorios; y en relación a variables ligadas a factores estructurales y de intervención terapéutica, se considera que el cumplimiento de las expectativas es uno de los factores que más influyen en la satisfacción. Según algunos autores (Williams B y Wilkinson G., 1995; Martínez Azumendi O., 1995; Sitzia J y Word N., 1997; Moré M., 2000; Retolaza A y Grandes G., 2003) las expectativas emergen como un rol fundamental en la expresión de la satisfacción; son, al igual que el concepto de satisfacción, un concepto difícil de definir y ha habido diversos intentos de clarificar el significado del término. La expectativa podría definirse como la creencia más o menos cercana o probable en que se haga realmente efectiva determinada eventualidad relacionada con los deseos y esperanzas del usuario, que está influida por aspectos culturales, sociales e individuales (Martínez Azumendi O., 1995; Martínez Azumendi O., Araluze K., Beitia M., 1998; Retolaza A y Grandes G., 2003). El conocimiento de las aspiraciones y puntos de vista del usuario en el momento de la demanda favorecerá el proceso de negociación terapéutica y la mejor adecuación de la respuesta. Ayudará también al conocimiento por parte del servicio de necesidades autopercibidas por el paciente y permitirá entender mejor el paso de la necesidad percibida a la utilización de servicios. Todo ello permitirá interpretar los índices de satisfacción ajustados por el nivel de expectativas iniciales del usuario (Retolaza A y Grandes G., 2003).

En el estudio descriptivo inicial (Ortiz Lobo A., 2004), valoramos las expectativas iniciales de las personas con diagnóstico de código Z a través de una pregunta “¿Cuánto cree Ud que va a mejorar por venir a este centro?” que se puntuaba en una escala tipo likert de 0 a 10. Un tercio de las personas con malestar tenían unas expectativas “mágicas” (valor >9) y el valor más puntuado (la moda en términos estadísticos) fue 10, el máximo valor. Algo más de la mitad (52,5%) tenían unas expectativas positivas sobre la ayuda que podríamos prestarles para resolver su malestar y sólo un 14,5% de los pacientes tenían unas expectativas bajas (valor<5). En el análisis correlacional, las expectativas “mágicas” estaban asociadas a personas mayores y a un nivel educativo más bajo. Las expectativas positivas estaban asociadas con una derivación preferente, un mayor nivel educativo, mayor puntuación en las subescalas de obsesividad (OC), sensibilidad interpersonal (ISI) y depresión (DEP) del SCL-90R. No se halló relación alguna entre el grado de expectativas y la gravedad clínica aunque las expectativas determinaban la indicación clínica, es decir, aquellos con expectativas mágicas eran dados más de alta que los que señalaban expectativas positivas que realizaban en más ocasiones un seguimiento. En estudios previos sobre las consultas sin patología psiquiátrica no se recogió información sobre las expectativas de esta población.

En el estudio prospectivo, para conocer la impresión subjetiva que los códigos Z habían tenido sobre la intervención terapéutica realizada con respecto a la demanda inicial, decidimos que rellenaran una escala tipo likert de 0 a 10 antes de la reevaluación en la que se preguntaba: “¿cuánto cree que ha mejorado por venir a nuestro centro de salud mental?”. No olvidemos que hay que tener en cuenta que esta pregunta se realizó a los 6-12 meses a personas que, en la primera entrevista, se les devolvió que no padecían ningún tipo de trastorno mental, incluso más del 50% fueron dadas de alta en esa primera entrevista, y estas condiciones hacen difícil valorar el grado de satisfacción en una simple pregunta.

De los 146 códigos Z reevaluados, rellenaron la escala de valoración subjetiva 97 sujetos. Casi un 45% evaluaron la intervención terapéutica como positiva (de 5 a 9 puntos), casi un 28% realizaron una evaluación negativa (de 0 a 4 puntos) y el 18,6% se mostraron dudosos sobre la ayuda recibida y no contestaron. Sólo un 9,3% realizaron una valoración “mágica” (mayor de 9).

El valor medio de las expectativas iniciales fue 6,8 mientras que el valor medio de la valoración subjetiva posterior fue de 5. Realizando una valoración estadística de la diferencia de medias entre las expectativas iniciales y la valoración subjetiva final, dicho descenso es de 2 puntos y es estadísticamente significativo ($p < 0,05$), lo cual significa que la valoración subjetiva desciende con respecto a las expectativas iniciales. Destaca que la valoración negativa se multiplica casi al doble con respecto a la evaluación inicial posiblemente porque no hayamos cumplido con las expectativas que inicialmente traían sobre la ayuda que iban a recibir por nuestra parte para resolver su malestar. Este empeoramiento en la valoración subjetiva es a expensas de una reducción de las expectativas positivas (del 52,5% al 44,3%) y, principalmente, de la disminución de la valoración “mágica” (de un 33% a un 9,3%) debido posiblemente a que dichas expectativas tan desmedidas fueron reformuladas en la evaluación inicial haciéndolas más acordes a la realidad y al tipo de ayuda que desde salud mental se puede prestar a estas demandas.

En el análisis correlacional, una de las variables relacionadas de forma estadísticamente significativa con la valoración subjetiva ha sido el tratamiento psicofarmacológico inicial tras la primera evaluación, de tal modo que aquellas personas que tenían pautado sólo benzodicepinas hicieron una valoración negativa mientras que aquellas que no tenían tratamiento farmacológico inicial alguno y aquellas con tratamiento farmacológico asociado hicieron una valoración positiva. El cumplimiento de las citas de seguimiento también se relaciona con la valoración subjetiva sobre la intervención realizada de modo estadísticamente significativo pero de un modo curioso ya que los pacientes que eran más irregulares en las citas son los que hicieron una valoración más positiva (91,7%); el 58% de los que abandonaban el seguimiento hacían una valoración algo más positiva al igual que aquellos

que fueron dados en la primera cita. El número de citas totales concertadas también se relaciona de modo estadísticamente significativo con la valoración subjetiva, de tal modo, que aquellos pacientes que tenían 4 citas como media realizaron una valoración positiva frente a aquellos que sólo tenían 2 citas como media cuya valoración fue negativa; por tanto, parece que a mayor atención recibida, mayor satisfacción. A diferencia del estudio inicial, la edad, el nivel educativo y el tipo de derivación ya no tienen relación con la valoración subjetiva sobre la ayuda recibida.

En un estudio similar al nuestro, Martínez Azumendi O y Beitia M. (2000), realizaron un estudio analítico-descriptivo prospectivo sobre las expectativas y satisfacción en un centro de salud mental durante año y medio. El 80% de los usuarios estaban satisfechos en la calificación de servicios, ayuda recibida y satisfacción general; casi el 60% reconoce que el centro le ha ayudado a resolver sus problemas. Estos porcentajes son más altos que los resultados obtenidos en nuestro estudio donde un 44% de los usuarios sin patología mental consideraron como positiva nuestra actuación, aunque la valoración negativa sería similar a la obtenida en el estudio de Martínez Azumendi O. Además, en este estudio se realizó una comparación entre grupos satisfechos y no satisfechos y se objetivó que entre los satisfechos no había diferencias de sexos, tenían mayor edad media, eran viudos o casados, convivían con pareja y/o hijos, niveles educativos más bajos, jubilados y amas de casa; estaban más satisfechos aquellos que pasaban a tratamiento tras la demanda, con expectativas iniciales de ser atendidos por psiquiatra, mayor gravedad clínica según CGI, puntuaciones globales más benignas en el SCL-90R y mayor media de contactos asistenciales (aunque en este caso la relación no era lineal ya que las puntuaciones eran altas hasta 10-12 contactos pero a partir de ahí a mayor número de contactos no aumentaba la satisfacción). Las puntuaciones eran mayores en aquellos dados de alta y derivados a atención primaria, y aumentaban más cuando continuaban en seguimiento al año. En nuestro estudio, a diferencia de los resultados anteriores, no se halló relación alguna entre la valoración subjetiva con variables sociodemográficas, gravedad clínica ni expectativas iniciales; se objetivó que los usuarios con diagnóstico de código Z que realizaron una valoración positiva sobre la

atención recibida eran aquellos que estaban sin tratamiento psicofarmacológico o con tratamientos psicofarmacológicos asociados y los más irregulares en su asistencia al seguimiento; el único resultado comparable es que los usuarios estaban más satisfechos a mayor número de citas concertadas.

En algunos estudios previos (Brody D y col., 1989; Sánchez-Menegay Ch y Stalder H., 1994; Kravitz R y col., 1996; Brody D, Khaliq A, Thompson MD, 1997; Martínez-Azumendi O., Araluzek., Beitia M., 1998; Jackson JL., 2005; Lang AJ., 2005; Bower P y Rowland N., 2006) en los que se ha analizado qué aspectos concretos del cuidado médico esperaban los pacientes, el más valorado estaba en relación con aspectos no-técnicos del cuidado como la educación, el asesoramiento, el manejo del estrés, la escucha... La satisfacción se relacionaba con los esfuerzos del médico de preocuparse por el malestar y las necesidades del usuario así como de proveerle de información, lo que a su vez se traduce en una mejor satisfacción, menor preocupación y menores expectativas desmedidas; muy pocas personas deseaban la resolución de su malestar con tratamiento farmacológico únicamente.

Otra manera indirecta de medir la valoración subjetiva de las personas con malestar sobre la intervención recibida sería midiendo la proporción de ellos que busca ayuda por otras vías, principalmente en el circuito privado. Podría caber la posibilidad que si la intervención terapéutica realizada por nosotros inicialmente no hubiese sido satisfactoria para las personas con malestar sin trastorno mental diagnosticable, que éstas acudiesen al circuito privado buscando la ayuda que no le hemos prestado. Ante esta sospecha inicial por nuestra parte, decidimos preguntar a los códigos Z reevaluados si habían consultado con otros profesionales y qué tipo de profesionales. Sólo el 6% (15 casos) de las personas con código Z reevaluadas buscaron tratamiento en el circuito privado sin existir diferencias significativas en el tipo de profesional (7 casos en psiquiatría y 6 casos en psicología); los 2 casos restantes consultaron con otras alternativas (naturopatía y homeopatía). De estos 15 pacientes que buscaron tratamientos privados paralelos, ninguno desarrolló enfermedad mental aunque 6 de

ellos fueron considerados inicialmente como Z dudosos (en el límite de la enfermedad); 8 de ellos tenían una edad mayor a los 50 años, 3 eran menores de 25 años y los otros 4 restantes contaban entre 30 y 40 años. Ocho de ellos estaban en seguimiento en nuestro CSM tras la evaluación inicial y siete fueron dados de alta en la primera cita. Las expectativas iniciales tendían a ser más positivas y, en cambio, la valoración subjetiva final era con una tendencia más a la baja lo cual refleja que no cumplimos con las esperanzas de ayuda que esperaban de nuestra intervención y posiblemente por ello buscaron otras vías que sí las cumpliesen; de los 8 que continuaban en seguimiento, se concertaron entre 2 y 5 citas en los 12 meses siguientes y sólo 1 de ellos tenía concertadas 10 citas; además, 6 de los 8 en seguimiento, fueron cumplidores irregulares de las citas concertadas.

5. INDICACIÓN CLÍNICA DE LOS CÓDIGOS Z TRAS LA REEVALUACIÓN.

En nuestro estudio previo descriptivo (Ortiz Lobo A., 2004) se demuestra que, a diferencia de trabajos anteriores, en nuestro centro de salud mental no tratamos a la mayoría de los códigos Z; a un 52% se le dio el alta en la primera cita. Del resto de pacientes en seguimiento (48%), un 16% continuó seguimiento por psiquiatría y un 31% recibió ayuda psicoterapéutica, principalmente individual. La indicación de alta estaba asociada con la edad (se da el alta a las personas de mayor edad), tener unas expectativas “mágicas” respecto a aquellos con expectativas negativas (en una proporción 3/1), estar diagnosticado de Z inequívoco, tomar un tratamiento psicofarmacológico ya pautado y ser atendido por un psiquiatra varón. Una puntuación menor en las subescalas del SCL-90R de sensibilidad interpersonal (ISI), depresión (DEP) y psicoticismo (PSY) también estaban asociados a la indicación de alta. En las relaciones de variables, los psiquiatras daban más altas que los psicólogos, y

las terapeutas mujeres indicaban más seguimiento y daban menos altas a los códigos Z que los terapeutas varones.

En un paso siguiente, recogimos la indicación clínica a los 6 y 12 meses del total de la muestra de las personas diagnosticadas como códigos Z. La proporción de indicación de alta definitiva continuaba manteniéndose superior con respecto a las otras indicaciones: 66,4% de los códigos Z fueron dados de alta a los 6 meses y 62,3% a los 12 meses. Este descenso se debe a una pequeña proporción de pacientes (4 pacientes) dados de alta en los primeros 6 meses tras la evaluación, que solicitaron nuevamente cita en el curso de los meses siguientes. Hasta un cuarto de los pacientes abandonaron el seguimiento a los 6 y 12 meses (21,3% y 27% respectivamente); 10,7% y 8,6% continuaban en seguimiento en nuestro centro a los 6 y 12 meses; este descenso con respecto a los individuos en seguimiento se corresponde con aquellos que son dados de alta o abandonan en el intervalo de tiempo de 6 a 12 meses. Una proporción muy baja (1,6% y 2%) solicitaron el alta voluntaria a los 6 y 12 meses respectivamente. Del total de personas con malestar que continuaban en seguimiento con nosotros a los 12 meses, la proporción del tipo de profesional que realizaba el seguimiento fue igual (5,7% para psiquiatra y 5,7% para psicólogo).

De las variables relacionadas de forma estadísticamente significativa con la indicación clínica a los 6 meses la única que lo hace es la edad, de modo que, las personas de una edad media ligeramente más joven recibían más el alta definitiva mientras que personas de una edad media más adulta o bien decidieron abandonar el seguimiento o fueron más candidatas al seguimiento. Dichos resultados contrastan con los resultados del estudio previo donde se daba menos altas en la primera cita a los más jóvenes y más a las personas de mayor edad lo cual pudiera deberse a que aquellas personas de mayor edad que continúan en seguimiento cuesta más darles el alta a medio plazo. Otras variables a reseñar, aunque no tengan una relación significativa, han sido: el estado civil pues aquellas personas con pareja eran dadas de alta en mayor proporción que las que no tenían pareja las cuales se mantenían más en seguimiento posiblemente porque no poseían una fuente de contención de tanto

peso como puede ser la pareja; y, al igual que ocurría en el análisis previo, las expectativas iniciales también tenían relevancia estadística, pues aquellos con unas expectativas positivas en la evaluación inicial solían abandonar con más frecuencia, posiblemente porque no habíamos cumplido con esas expectativas mientras que aquellos con expectativas mágicas estaban en menor proporción en seguimiento y eran dados más de alta en relación a que no íbamos a ser capaces con nuestra intervención desde un centro de salud mental de satisfacer estas expectativas desmedidas.

A diferencia del estudio descriptivo previo, en la reevaluación no hay relación estadísticamente significativa entre la indicación clínica a los 6 meses con el tipo de Z (inequívoco o dudoso) ni con tomar tratamiento farmacológico; e, incluso, aunque nuestras cifras de indicación de alta son superiores a estudios anteriores, tampoco tiene relación con el CGI final, por tanto, con la evolución clínica, ni con el grado de satisfacción.

En estudios previos realizados sobre las personas sin diagnóstico de trastorno mental, analizan superficialmente este aspecto en relación a la indicación clínica de estas personas. En el estudio de Spinhoven P. y Van der Does JW. (1999), se da el alta tras la evaluación inicial al 11%, y Siddique CM. y Aubry TD. (1997) a un 37%. Ambos resultados son menores a la indicación de alta tras primera evaluación en nuestro estudio que fue del 52%; valor que aumenta hasta el 62% a los 12 meses. Dichos estudios no hacen referencia a las variables que pudiesen estar relacionadas con la indicación clínica.

En otros estudios (Jonson D., 1973; Kessel N., 1963; Gask L., 1986) entre 14-23% de los pacientes que acuden por primera vez a salud mental son sólo vistos en una ocasión y devueltos a atención primaria; valores que siguen siendo inferiores a los nuestros a pesar de que no hemos contabilizado a los trastornos mentales que son dados de alta en la primera cita. Entre los resultados relevantes de estos estudios, hasta casi un 50% de los médicos de atención primaria estaban satisfechos con este único acto asistencial y con la devolución del paciente con recomendaciones terapéuticas sobre su seguimiento; de hecho, un tercio de ellos esperaban que el paciente les fuese

devuelto, y un porcentaje alto de pacientes también estaban satisfechos con una única intervención. Kessel N. (1963) aconseja un mayor uso de una única consulta para resolver aquellos casos que no sean dificultosos y la realización de estudios que evalúen la eficacia de esta consulta.

En un estudio observacional descriptivo retrospectivo, García-Testal A. y col. (1998) evalúan los diagnósticos de atención primaria a través de su confirmación por psiquiatría. El 14% de los pacientes evaluados se consideraron sin patología psiquiátrica por parte de salud mental (valor inferior al obtenido en nuestro estudio donde el 24,4% no fueron diagnosticados de trastorno mental). Se procedía al alta en la primera visita en salud mental al 25%, cifras muy similares a estudios anteriores (García-Campayo J., Sanz C., Jimeno A., 1993) pero inferior a la obtenida en el nuestro (52%); en más de la mitad de dichos casos se procedió al alta por no hallar en el paciente patología psiquiátrica y en el resto podría considerarse que se resolvió a través de la confirmación del diagnóstico y la pautas de tratamiento y seguimiento desde Atención Primaria. En el estudio de García-Campayo y col. (1993), a ninguno de los pacientes a los que dio de alta se les diagnosticó de patología psiquiátrica.

Por tanto, se precisa la realización de estudios que analicen cuáles son las indicaciones a seguir con estas personas sin diagnóstico de trastorno mental desde los servicios de salud mental, que evalúen si existen diferencias en la evolución clínica dependientes de la indicación clínica y qué variables estarán asociadas con el tipo de indicación que se les realice.

6. USO DE RECURSOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LOS CÓDIGOS Z.

6.1. CITAS TOTALES CONCERTADAS A LOS CÓDIGOS Z.

Algo más de la mitad (52,5%) de las personas sin trastorno mental del total de la muestra inicial (244 casos) sólo acudieron en una ocasión a consulta durante los primeros seis meses y se les dio el alta; se corresponden con aquellos evaluados y dados de alta en un único acto asistencial. Esta proporción se reduce al 44,7% a los 12 meses de la evaluación inicial y esta diferencia (7,8%) se corresponde con aquellas personas que volvieron a pedir cita o que retomaron el seguimiento inicial que habían abandonado. El 36,9% y el 39,3% emplearon entre 2 y 5 citas a los 6 y 12 meses respectivamente. El 10% y el 12% utilizaron entre 6 y 10 citas a los 6 y 12 meses, y el 0,4% y el 3,6% más de 10 citas a los 6 y 12 meses. La media de citas totales concertadas a los 6 meses es de 2 y la media de citas totales concertadas a los 12 meses es de 3 citas; dichas cifras difieren de las obtenidas en estudios anteriores: en el estudio retrospectivo de 6 años realizado por Siddique CM., Aubry T.D., y Mulhall D. (1996) el número medio de visitas para los códigos V era de 6,8; en el estudio retrospectivo de 12 años realizado por Spinhoven P y Van der Does J., (1999) el número medio de visitas de los códigos V durante ese período fue de 5; de Figuereido J, Boerstler H, y O'Connell L., (1991) encontraron que la media de visitas por paciente diagnosticados por problemas familiares fue de 8,3 durante los 2 años que duró el estudio aunque dicho estudio tiene unas limitaciones pues sólo se centra en un único tipo de Z (problemas familiares). Dichos estudios concluyen que el consumo de citas de las personas diagnosticadas como códigos V es muy similar al de los pacientes con trastornos mentales. En dichos estudios anteriores sobre personas sin patología mental, no se evalúa las variables que pudiesen estar relacionadas con el número de citas concertadas.

Nosotros realizamos un análisis correlacional y las variables que tienen una relación significativamente estadística con el número de citas totales a los 12 meses son: la valoración subjetiva de la intervención realizada y la indicación final a los 12 meses. Con respecto a la valoración subjetiva, tal y como mencionamos en el apartado anterior correspondiente, aquellas personas con diagnóstico Z que hicieron una valoración positiva de la intervención que habían recibido fueron citados casi el doble de veces (4 citas) que aquellos que habían realizado una valoración negativa (2 citas); podríamos deducir que esta relación se explica porque las personas que tienen un mayor número de citas valoran más positivamente la ayuda y atención recibidas por nuestra parte mientras que aquellas que son atendidas un menor número de veces estarían disconformes con la atención recibida y considerarían que no es suficiente. En cuanto a la indicación definitiva a los 12 meses, las personas sin trastorno mental que estaban en seguimiento a los 12 meses tenían concertada hasta 9 citas frente a los que habían abandonado el seguimiento cuya media de citas era de casi 4 y los que fueron dados de alta que habían sido citados en una única ocasión.

Otras variables relacionadas aunque no de un modo estadísticamente significativo son: las expectativas iniciales pues los pacientes con expectativas mágicas recibieron menor número total de citas (2 frente a las 3 de los pacientes con expectativas negativas y positivas), posiblemente porque no pudiésemos cumplir de una forma realista con las expectativas desmesuradas que estas personas traen a consulta sobre la ayuda que van a recibir por nuestra parte y, al no poder adecuarlas al ofrecimiento terapéutico, es difícil poder trabajar de modo efectivo con estas personas y serán definitivamente dadas de alta o abandonarán. Otras variables con relevancia estadística fue el tipo de derivación: los pacientes con derivación normal tuvieron más número total de citas (3 citas) frente a los que fueron derivados con carácter preferente (2 citas); y el sexo del profesional: los pacientes atendidos por profesionales femeninas recibieron más número total de citas (3 citas) frente a los atendidos por profesionales varones (2 citas), lo cual coincide con los resultados del estudio previo

donde las terapeutas mujeres indicaban más seguimiento tras la evaluación inicial que los terapeutas varones que daban más altas.

Y por último, aunque no se obtuvo una relación estadísticamente significativa, cabe destacar con respecto al CGI final y el número de citas totales concertadas que las personas con diagnóstico Z con un peor CGI recibieron más citas totales a los 12 meses (casi 5 citas) con respecto a los que tenían un CGI final mejor o igual (alrededor de 3 citas) lógicamente porque la gravedad clínica supone una mayor atención profesional. Posiblemente esta relación no fue significativa porque la muestra de personas con un CGI final peor era muy pequeña y, por tanto, no representativa.

Variables de interés como el tipo de Z (Z inequívoco o Z dudoso), el tener o no antecedentes psiquiátricos, el tomar tratamiento de entrada o continuar tomándolo y GHQ-28 inicial no tiene relación con el número de citas concertadas durante el seguimiento.

En los estudios previos realizados sobre las personas con malestar afirman que estas demandas suponen una importante carga asistencial para los servicios de salud mental y que emplean prácticamente igual cantidad de recursos que aquellos sujetos que padecen trastornos mentales. Estos hallazgos abren cuestiones acerca del reparto del profesional independientemente de la gravedad clínica y en función de la demanda. En un primer estudio en 1996 (Siddique CM., Aubry T., y Mulhall D.) en el que se evalúa la utilización de recursos y tratamiento de los códigos V concluyeron que no existían diferencias en el uso del mismo nivel de servicios ni en el empleo del tiempo total del profesional con respecto a los trastornos mentales y que los códigos V no obtenían mayor mejoría clínica a mayor número de visitas. En un estudio posterior más completo en 1997, estos mismos autores realizaron una evaluación más exhaustiva sobre el uso de servicios de salud mental de los códigos V. Entre los resultados más relevantes destacan que no existen diferencias en relación al número de sesiones (6 visitas/paciente para los códigos V), duración de las visitas (64 minutos/visita para los códigos V) y tiempo total empleado del profesional (27%), por lo que concluyen que los códigos V emplean recursos de salud mental de forma comparable a los trastornos mentales a pesar

de que presentan problemas menos graves. Comparándolo con nuestros resultados, la media de citas totales concertadas a los 12 meses a aquellas personas sin diagnóstico de trastorno mental es mucho menor: 3 visitas; la duración de la visita también era menor (30 minutos). Con dichos resultados, Siddique, Aubry y Mulhall (1997) se plantean si podrían continuar los centros de salud mental asumiendo el número habitual de personas con problemas de la vida y, si eso fuese así, si podrían continuar repartiendo los recursos de forma similar a todos los pacientes, independientemente de la gravedad clínica.

Spinhoven P y Van der Does J., (1999) corroboran los resultados de estudios previos acerca del uso similar de servicios de salud mental de los códigos V. El número medio de visitas/paciente fue de 5 para los códigos V, valor que sigue siendo superior al obtenido en nuestro estudio. Hasta un 46% de los pacientes diagnosticados como códigos V, empleaban 6 o más visitas/paciente; en nuestro estudio, el 40% de las personas sin diagnóstico de trastorno mental emplearon entre 2 y 5 citas y sólo el 12% empleó más de 6 citas en 12 meses.

En los estudios realizados sobre los trastornos subumbrales, casi todos ellos hacen mención al considerable uso de recursos en salud mental de estas personas que no cumplen criterios de trastorno mental pero sólo uno de ellos (Johson J., Weissman M., y Klerman G.L., 1992) analiza de un modo más pormenorizado la utilización de consultas de salud mental para las personas diagnosticadas de una depresión subumbral, de modo que los sujetos que no cumplían criterios para depresión mayor o distimia empleaban hasta un 21,5% del total de las consultas de salud mental y casi el 12% del total de las consultas en urgencias.

Entre las alternativas terapéuticas analizadas en estos estudios sobre códigos V plantean un enfoque extremo que sería ofrecer tratamiento sólo a los pacientes con diagnóstico de trastorno mental. Una opción menos radical podría ser la aceptación de estas personas con malestares de la vida cotidiana, siempre que el médico de cabecera se viese dificultado en su manejo, pero realizando una reparto proporcionado de los recursos en función de la gravedad clínica y un uso prudente de

dichos recursos para el funcionamiento efectivo de los dispositivos de salud mental que evite la sobrecarga asistencial, un consumo desproporcionado del tiempo de los profesionales y una peor calidad en la atención de enfermos mentales graves. Entre las propuestas terapéuticas alternativas hacen referencia a formas breves de terapia, programas psicoeducacionales y grupos de autoayuda específicos.

De todos modos, es necesaria la realización de estudios longitudinales prospectivos a medio y largo plazo que evalúen el empleo de recursos de salud mental y de atención primaria de estas personas con malestares de la vida cotidiana y analizar si es beneficioso o no, así como del tipo de recursos que podrían verse más beneficiados.

6.2. CITAS AUSENTES DE LOS CÓDIGOS Z.

Las ausencias a las consultas programadas en Salud Mental es un problema asistencial que repercute en la pérdida del tiempo de los profesionales, el gasto económico para la institución, mayor consumo de recursos y el aumento en la demora de la atención de aquellos pacientes que sí asisten. De los estudios realizados hasta el momento, los resultados obtenidos han sido contradictorios con respecto a las diferencias entre los ausentes y los que sí acuden a la consulta en relación a las variables sociodemográficas y clínicas. Casi todos ellos coinciden con una única variable que es la edad: los pacientes más jóvenes suelen fallar más a las citas programadas. Otras variables que se han relacionado con la ausencia a las citas programadas han sido las quejas vagas o inespecíficas o diagnósticos más leves como ansiedad o depresión, la falta de asistencia a contactos previos, la rapidez de la derivación, la no aceptación del paciente con la derivación realizada por el médico de cabecera posiblemente por la menor percepción de necesidad de ayuda por parte del paciente, el tener tratamiento farmacológico pautado desde atención primaria, la mala accesibilidad geográfica y la lista de espera más larga (Lowe R., 1982; Campbell B., Staley D y Matas M., 1991; Sparr L y col.,

1993; Line LE y col., 1995; Sanchez Muñoz C y col., 1996; Pang A y col., 1996; Grunebaum M y col., 1996; Killapsy H y col., 2000; García Moratalla B y Ortiz Lobo A., 2002; Mitchell A y Selmes T., 2007).

Según Mitchell A y Selmes T (2007), consideran que existen diferencias entre aquellas personas que fallan a la primera entrevista de evaluación y las que faltan a las citas de seguimiento. Quienes fallan a la primera cita podría deberse, entre otras cosas, a que sus problemas o malestares ya se han resuelto antes de ser evaluados por primera vez o porque consideran que la derivación no es necesaria. En un estudio prospectivo realizado por Killapsy H y col. (2000) en pacientes psiquiátricos ambulatorios (n = 224) obtuvieron diferencias entre el grupo de pacientes de primera visita y el grupo de pacientes en seguimiento con respecto a los perfiles en diagnóstico y grado de enfermedad. De los citados por primera vez, el 36% no acudieron y los diagnósticos iniciales de sospecha eran de una sintomatología leve (ansiedad o depresión), e incluso, un 5% no presentaban patología psiquiátrica. De los pacientes en seguimiento, el 40% no acudieron a las revisiones y los diagnósticos principales eran de esquizofrenia y trastorno bipolar.

En nuestro estudio descriptivo inicial (Ortiz Lobo A., 2004), del total de pacientes remitidos a nuestro centro de salud mental que pidieron cita durante el mismo período de tiempo del estudio (n = 1215) finalmente no acudieron 211 lo que supone un 17,2% (porcentaje menor al obtenido por Killapsy H y col., 2000; pero similar al estudio de Mitchell A y Selmes T., 2007). En un estudio que realizamos sobre esta misma muestra (García Moratalla B y Ortiz Lobo A., 2002) analizamos indirectamente las características clínicas y resultó, al igual que los resultados obtenidos por Killapsy H y col. (2000), que mayoritariamente faltan a la primera consulta los pacientes leves o aquellos que durante el tiempo de espera hasta la consulta mejoran lo suficiente como para no tener que acudir al especialista. Esto significaría que una buena parte de los ausentes podrían ser también personas sin trastorno mental diagnosticable cuyo malestar se ha resuelto antes de acudir a la primera visita por lo que no consideran necesaria nuestra ayuda, y esto aumentaría la prevalencia inicial (24,4%) de personas sin diagnóstico de trastorno mental de nuestro estudio.

En el análisis descriptivo realizado sobre la ausencia a las citas concertadas de las personas sin diagnóstico de trastorno mental, a los 6 meses de seguimiento hay un reparto proporcional en estas 3 categorías: 37% son cumplidores, el 35% lo son de forma parcial y un 31% no cumplen con ninguna de las citas concertadas y, por tanto, abandonan. A los 12 meses, dichas proporciones cambian a expensas de la irregularidad a las citas concertadas: un 44% son cumplidores parciales, un 28% son cumplidores y otro 28% son no cumplidores. Estos datos revelarían que, a mayor tiempo de seguimiento, la falta de asistencia a las citas lógicamente aumenta.

En el análisis correlacional, existen algunas variables relacionadas de modo significativo con la cumplimentación de las citas concertadas durante el seguimiento de las personas sin trastorno mental diagnosticable. Como ha ocurrido en otros estudios (Lowe R., 1982; Campbell B., Staley D y Matas M., 1991; Killapsy H y col., 2000; Cashman SB y col., 2004), las personas de mayor edad cumplían más con las citas concertadas y solían fallar más o abandonar las personas jóvenes. Las mujeres solían faltar más a las citas concertadas de seguimiento mientras que los hombres o cumplían con más regularidad o bien abandonaban. Las personas sin pareja son las que faltaban más a las citas y las personas con pareja las que más acudían a las citas concertadas, al contrario de otros estudios como el de Pang A y col., (1996) donde las personas con pareja eran las que fallaban más a las citas; las personas con estudios medios fueron las que faltaron más a las citas o abandonaron el seguimiento mientras que aquellas con estudios primarios o analfabetas acudieron con regularidad al seguimiento y los que tenían estudios superiores solían fallar más o cumplían más regularmente; el sexo del profesional que atendió a dichos pacientes también influye en el cumplimiento de las citas pues fallaron más a las citas concertadas cuando el profesional era mujer y cumplieron algo más con las citas cuando el profesional era varón; y, por último, aquellas personas que habían realizado una valoración positiva sobre la intervención recibida paradójicamente habían acudido con más irregularidad a las citas, mientras que aquellas con una valoración negativa o bien habían acudido a

todas las citas o bien abandonaban en la misma proporción probablemente porque no estaban de acuerdo con nuestra devolución.

Otra variable cuyos resultados cabe reseñar, aunque la relación no sea significativa, son las expectativas iniciales, pues aquellos con unas expectativas positivas de entrada faltaban más a las citas posteriores quizás porque no recibían completamente lo que ellos esperaban de nuestra ayuda; los que tenían unas expectativas mágicas abandonaron en mayor proporción el seguimiento al no verse cumplidas dichas expectativas y los que tenían unas expectativas negativas cumplían con más regularidad o eran más irregulares.

Podríamos decir con los resultados obtenidos en nuestro estudio que el perfil de los pacientes no cumplidores con las citas concertadas es: ser joven, mujer, sin pareja, con estudios medios y/o superiores, ser atendido por una profesional mujer y tener una valoración positiva sobre la atención recibida. Deberíamos preguntarnos si la ausencia a las citas concertadas de estas personas sin trastorno mental diagnosticable es el reflejo de la ayuda real que podemos o no proporcionarles y de la percepción subjetiva de sentirse ayudados, pues posiblemente si estas personas perciben que nuestra ayuda no es la adecuada o no corresponde a su situación vital, no van a acudir a las citas y consecuentemente esta inasistencia va a suponer un gasto desproporcionado del tiempo de los profesionales que repercutirá negativamente en la atención de otros pacientes que sí lo necesiten.

6.3. GASTO SANITARIO RELACIONADO CON LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS SIN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.

Conociendo el total de citas concertadas a los 12 meses a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental atendidas en nuestro CSM y el total de ausencias a las citas concertadas en el mismo período de tiempo podemos calcular cuántas citas y cuánto tiempo se ha perdido en 12 meses en atender al total de estas personas sin diagnóstico de trastorno mental y a las que fallaban a las citas concertadas, y cuánto gasto económico supone ambos grupos.

Según los datos de nuestro estudio, el total de citas concertadas a los 12 meses a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental fue de 725 citas que equivalen en tiempo a 363 horas, lo cual representa 52 jornadas laborales al año, casi la cuarta parte de un año trabajado por un profesional. De este total de citas concertadas en 12 meses, 170 corresponden a las citas ausentes de estas personas sin trastorno mental que traducidas en tiempo son 85 horas, lo que equivalen a 12 jornadas laborales de un profesional. Y, según el tipo de profesional, el total de citas ausentes fue de 121 para los psiquiatras (que se corresponde con 24 citas ausentes por cada uno de los 5 psiquiatras) y de 49 para los psicólogos (que se corresponde con 24,5 citas ausentes por cada 1 de los 2 psicólogos).

En cuanto al gasto económico que representan estas ausencias de personas sin diagnóstico de trastorno mental, lo calculamos considerando que 30 minutos de asistencia profesional que duraba cada cita concertada equivalían a 50 euros. Si el total de citas concertadas a los 12 meses al total de la muestra (244 pacientes) es de 725 citas, el gasto total de las citas concertadas fue de 36250 euros. El gasto total en relación a la ausencia de las 170 citas a los 12 meses fue 8500 euros, de los cuales 6050 euros corresponderían a las ausencias en las consultas de psiquiatría y 2450 euros a las ausencias en las citas de psicología.

7. DIFERENCIAS ENTRE LA INDICACIÓN CLÍNICA Y EL USO DE RECURSOS SEGÚN EL PROFESIONAL.

Ya en el análisis descriptivo inicial (Ortiz Lobo A., 2004) se obtuvieron diferencias según el tipo de profesional en la asignación inicial de los códigos Z, en el diagnóstico diferencial entre código Z y trastorno adaptativo, en la intervención farmacológica y en la indicación clínica. Los pacientes que eran derivados principalmente a psicología eran aquellos más jóvenes, sin antecedentes psiquiátricos ni tratamientos previos (ni farmacológico ni psicoterapéutico), que no tenían pautado tratamiento farmacológico inicial desde atención primaria, que no estaban de baja laboral, que la demanda era procedente del paciente y no del médico de cabecera, y con menor gravedad clínica reflejada en puntuaciones más bajas en el GHQ-28 y en las subescalas PSDI, SDI y somatización del SCL-90R. Estos hallazgos dan cuenta de que se han citado con psicología a aquellos sujetos que son más susceptibles de un abordaje no farmacológico, que tienen mayor motivación personal para consultar por su problema, que es la primera vez que acuden a un especialista, que son menos graves y más jóvenes, y por tanto, con un mayor potencial de flexibilidad para poder hacer cambios.

A la hora del diagnóstico, se encontró una variabilidad en el sexo y el tipo de profesional lo cual reflejaba los grados de complejidad y subjetividad que intervienen en el proceso diagnóstico; los psiquiatras tienden a diagnosticar más códigos Z frente a trastornos adaptativos pero dudan más dentro del diagnóstico Z (Z inequívoco versus Z dudoso); las mujeres diagnostican más trastornos adaptativos y menos códigos Z que los hombres. También en la indicación clínica de los códigos Z encontramos diferencias entre el tipo y el sexo del profesional: los psiquiatras daban más altas que los psicólogos; las mujeres indican más seguimiento y dan menos altas a los códigos Z. Por último, en cuanto a la intervención farmacológica, no se hallaron diferencias sobre la influencia del sexo del profesional en el tipo de intervención farmacológica; los psicólogos derivan muy pocos casos para

suspender o añadir tratamiento farmacológico y lo que suelen hacer es no intervenir a este nivel y, además, casi todos los pacientes que ven no tienen tratamiento.

Dada esta variabilidad en cuánto al manejo de los pacientes diagnosticados de códigos Z, decidimos en el análisis prospectivo recoger las diferencias en relación al uso de recursos a los 6 y 12 meses y la indicación clínica a los 12 meses según el tipo de profesional. No pudimos realizarlo según el sexo del profesional pues existía un sesgo metodológico intrínseco en nuestro estudio ya que los 2 psicólogos de nuestro CSM eran mujeres y, por tanto, todos los varones eran psiquiatras.

En primer lugar, analizamos la relación entre el tipo de profesional (psiquiatra o psicólogo) y el número total de citas concertadas a los 6 y 12 meses de las personas sin diagnóstico de trastorno mental. La relación entre el tipo de profesional y el número total de citas concertadas tanto a los 6 meses como a los 12 meses resultó tener relevancia significativa; así pues, mientras que los psiquiatras suelen citar una media de 2 citas por paciente a los 6 meses, los psicólogos suelen dar hasta 3 citas en el mismo período de tiempo. A los 12 meses, los psiquiatras han dado una media de 2 citas y media por paciente mientras que los psicólogos los citaron una media de 4 veces.

Como la relación ha sido estadísticamente significativa en ambos tiempos, se decide separar a los pacientes que están en seguimiento por psicología y por psiquiatría pero, en el caso de los pacientes en seguimiento por psiquiatría, recogemos sólo a los que no tienen ningún tipo de tratamiento farmacológico pautado para justificar no solo un seguimiento de supervisión farmacológica que pueden realizar exclusivamente los psiquiatras sino también de apoyo psicoterapéutico por ambas partes; y dicho grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico en seguimiento se cruzan con el tipo de profesional para observar si existen también diferencias en la concertación del número de citas entre los profesionales. La relación obtenida también es estadísticamente significativa, de tal manera, que mientras los psiquiatras han citado una media de 1,7 veces a las personas sin diagnóstico de trastorno mental en seguimiento durante 6 meses y sin tratamiento psicofarmacológico, los psicólogos lo han hecho una media de 3 veces; del mismo modo, si el seguimiento fue de 12 meses, la media de

citas dadas por los psiquiatras fue de 2 frente a la media de 4 citas que concertaron los psicólogos en el mismo plazo de tiempo. Con ello, podríamos deducir que, en un período más corto de tiempo, las citas concertadas por psiquiatras y psicólogos suelen ser entre 2 y 3; con el paso del tiempo, los psicólogos dan más citas probablemente debido a que mantienen más tiempo en seguimiento a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental. En un análisis posterior sobre si existían diferencias en cuanto al número de citas totales a los 12 meses y el sexo del psiquiatra en estas personas en seguimiento sin tratamiento pautado, no se objetivó una relación estadísticamente significativa.

Y, por último, evaluamos la relación de la indicación clínica a los 6 y 12 meses con el tipo de profesional. La variable indicación clínica tiene una relación estadísticamente significativa con el tipo de profesional tanto a los 6 meses como a los 12 meses a expensas de lo siguiente: los psiquiatras dan más altas a las personas sin trastorno mental diagnosticable en la misma proporción a los 6 y a los 12 meses (70,4%), con una mínima proporción de abandonos y altas voluntarias a los 6 y 12 meses (20% y 21% respectivamente); mantenían en seguimiento a un 9% y un 8% de las personas sin diagnóstico de trastorno mental a los 6 y 12 meses respectivamente. Los psicólogos dan menos altas que los psiquiatras y además lo hacen en menor proporción a medida que aumenta el tiempo de seguimiento (53,4% a los 6 meses y 45% a los 12 meses), y suelen tener un porcentaje mayor de abandonos y altas voluntarias que se incrementa en el tiempo en los pacientes que continúan en seguimiento (30% a los 6 meses y 46,6% a los 12 meses). Por tanto, mantenían en mayor proporción que los psiquiatras en seguimiento a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental a los 6 meses (15,5%) pero se igualan a los 12 meses (8,6%) a expensas de aumentar la tasa de abandonos y altas voluntarias.

Con estos resultados podríamos sugerir que, generalmente, los psiquiatras suelen dar altas más tempranas y mantener en seguimiento a estas personas sin diagnóstico de trastorno mental hasta los 6 meses en un número total de 2 a 3 citas, mientras que los psicólogos suelen dar menos altas a corto plazo y mantener en mayor proporción en seguimiento a las personas con diagnóstico de código Z con una media de citas de 4 en 12 meses, y por tanto, el porcentaje de abandonos y altas voluntarias en este tiempo es mayor al de los psiquiatras.

Parece que los psicólogos consideran que atender este tipo de demandas puede formar parte de su desempeño, a diferencia de los psiquiatras, que posiblemente se centren más en los verdaderos trastornos mentales, sobre todo si estas demandas no precisan tratamiento psicofarmacológico, una de las principales armas en el trabajo cotidiano de los psiquiatras. La herramienta terapéutica de los psicólogos es la psicoterapia y la problemática que presentan estas personas suele estar formulada en términos de dificultades relacionales o problemas de afrontamiento de circunstancias adversas al entorno. Es fácil que en el encuentro paciente-psicólogo las perspectivas de cada uno se complementen y se propicie un trabajo conjunto para ayudar a estas personas a resolver su malestar. Es por ello que los psicólogos precisan de más tiempo (y, por tanto, más citas) para reformular la queja y la demanda de estas personas que les ayude a aliviar su malestar y resolver sus problemas, y consecuentemente, indiquen más seguimiento en estos casos; pero también es cierto que, cuando la percepción de ayuda del paciente disminuye o no se ve satisfecha por el psicólogo o los problemas iniciales que le traían a consulta se resuelven satisfactoriamente por el propio curso natural, entonces tienden a abandonar el seguimiento. Entonces, la pregunta que deberíamos hacernos es la siguiente: ¿precisan estas personas de intervenciones especializadas en salud mental?. Y, si es así, ¿cuáles son las intervenciones más adecuadas? ¿durante cuánto tiempo?

8. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PARA EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS SIN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.

Indudablemente, y muy a nuestro pesar, la demanda de personas con problemas de la vida cotidiana que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental es cada vez mayor y no podemos ignorarla, y ante esta evidencia, lo más sensato sería pensar cuál es el manejo más correcto para estos casos con las mínimas consecuencias negativas tanto para el usuario como para los profesionales de la salud mental. Cabría pensar en las alternativas que ayuden a este tipo de personas a encontrar una resolución satisfactoria a su/s problema/s, facilitarles la convivencia con el conflicto y el manejo del mismo y reivindicar el sufrimiento acompañante como corriente, en una única entrevista de evaluación, a lo sumo 2-3, que, al mismo tiempo, suponga un encuentro psicoterapéutico del cual el paciente pueda ser dado de alta y devuelto a su entorno, pero satisfecho con esta intervención que le ha otorgado una resignificación de su malestar.

La intervención en salud mental sería fundamentalmente una labor de contención, que no significa ignorar el sufrimiento, ni trivializarlo; ni tampoco magnificarlo ni darle el estatuto de enfermedad para el que corresponde un psicofármaco. ¿Cuál sería la manera más correcta de realizar esa intervención?

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, podríamos sugerir que la línea a seguir para estos casos sería la de no introducir psicofármacos de entrada, salvo en casos puntuales en los que podría pautarse alguna benzodiacepina con el objetivo de aliviar algunos síntomas como la ansiedad y el insomnio y mantenerlo durante unas semanas controlado por su médico de atención primaria que le indicará su retirada. Si pautásemos un tratamiento específico supondría, al menos implícitamente, sancionar el malestar como una enfermedad mental y puede conllevar a una psiquiatrización/psicologización de los problemas de la vida. Durante el encuentro terapéutico con estas personas que acuden a nuestra consulta con malestares de la vida cotidiana, en un clima de comprensión y apoyo, habría que ser capaces de identificar y empatizar con el malestar, que el

paciente tuviese la oportunidad de hablar de su sufrimiento, legitimarlo y aportarle una explicación sencilla y razonada de lo que le ocurre que incluya los síntomas, los factores biopsicosociales, la evolución natural y que pueda integrar el modelo explicativo del sujeto y contextualizarlo en su biografía. Devolverle que no padece un trastorno mental otorgándole la capacidad para gestionar él mismo con su red de contención natural y con sus propios recursos, sus sentimientos, ideas y comportamientos y transmitirle la percepción de sí mismo como agente de su propio cambio. Hay que darle una respuesta realista a sus expectativas, comunicarle por qué se le indica no-tratamiento y darle el alta (Baca E., 2006). Esta intervención debe suponer una relación terapéutica que contenga elementos psicoterapéuticos.

Algunos autores (Katon W y col., 1996; Leal Rubio J., 1997; Slavney P., 1999; McNab F., 2003) han propuesto la intervención inicial y principal de estas personas con malestar por problemas de la vida cotidiana desde atención primaria dónde el médico de cabecera tendría un rol vital con diversas funciones como devolverles una explicación sencilla y lógica acerca de lo que le ocurre, otorgarles una validación a sus sentimientos, y, a través de intervenciones breves focalizadas de tipo cognitivo-conductual (educación para la salud, control de la ansiedad, cambios de actitud,...), ayudarles a controlar sus emociones, potenciar sus propios recursos y métodos de adaptación. Otros autores (Windle Ch., 1988; Siddique C.M. y col., 1996; Siddique C.M. y Aubry T., 1997; Magruder K y Calderone G., 2000) proponen medidas iniciales modestas y económicas con un empleo racional de los recursos que no suponga una sobrecarga asistencial. Evidentemente, sería imprescindible que los médicos de atención primaria pudieran coordinarse regularmente con los profesionales de salud mental para trabajar con objetivos realistas y posibilistas de acuerdo a las limitaciones que hoy en día existen en ambos dispositivos (sobrecarga asistencial, escasa motivación, escasez de recursos,...); además sería necesaria una formación básica para los médicos de atención primaria sobre conocimientos psicopatológicos, habilidades e instrumentos para la entrevista clínica, habilidades de comunicación y para intervenciones psicoterapéuticas sencillas que les permitiesen manejar de forma

más adecuada a estas personas con problemas de la vida cotidiana que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental.

De cualquier modo, sería necesario replicar este estudio en otros centros de salud mental para comparar los resultados así como estudios prospectivos a largo plazo que nos aporten información sobre la evolución clínica y el pronóstico de estas personas sin patología mental, así como estudios prospectivos que nos permitan conocer el consumo de recursos en atención primaria y salud mental de estas personas. Y, por último, sería importante conocer si existen diferencias clínicas, sociodemográficas y asistenciales de este tipo de población con respecto a los enfermos mentales, por lo que sería necesario también realizar estudios comparativos entre ambas poblaciones.

9. LIMITACIONES Y SESGOS DEL ESTUDIO.

Uno de los sesgos metodológicos más relevante de este estudio es la pérdida de una parte de la muestra (40%) en la primera fase de la reevaluación pues dichas personas no acudieron a la cita previamente concertada por vía telefónica o no fueron localizadas. Un 80% de estos pacientes no reevaluados no fueron localizables telefónicamente; un 17% no acudieron a la cita de reevaluación una vez concertada por vía telefónica; uno de ellos se negó a acudir y otro no acudió por fallecimiento ajeno al motivo de la consulta (fallecimiento en un asalto). Al ser conscientes de dicha pérdida, tratamos de solventarlo con el resto de la muestra a través de una entrevista telefónica inicial en la que se recogía los datos clínicos necesarios para la reevaluación realizando una serie de preguntas para evaluar su estado clínico y rellenar el protocolo pertinente: cómo se encontraban clínicamente, si había surgido algún nuevo factor desencadenante, si estaban tomando medicación y cuál, cuánto tiempo llevaban tomándola, si habían cumplido las indicaciones terapéuticas iniciales, cuánto creían que les habíamos servido de ayuda... De esta manera hacíamos una evaluación clínica telefónica que luego se vería complementada con los cuestionarios cuando acudían a la cita de reevaluación concertada.

Aunque, de entrada, la hipótesis que barajamos es que, si estas personas no acudían a la reevaluación concertada previamente, era debido a que se había resuelto su malestar, no descartamos la posibilidad de que pudiesen existir diferencias a nivel sociodemográfico, clínico y asistencial entre las personas que sí habían acudido a la reevaluación y aquellas que finalmente no decidieron venir o no fueron localizadas. Así que decidimos comparar el grupo de personas sin trastorno mental que sí fueron reevaluados frente al grupo de personas que no lo fueron.

Únicamente las variables que tienen relación estadísticamente significativa con el hecho de haber sido o no reevaluado a los 9 meses son el tipo de derivación y una de las subescalas del SCL-90R inicial. Los pacientes que inicialmente fueron derivados a la consulta de salud mental con carácter preferente fueron reevaluados en menor proporción que aquellos que fueron derivados con carácter normal. Y aquellas personas que puntuaron más alto en la subescala de hostilidad del SCL-90R inicial fueron más reevaluados que los que puntuaron más bajo en dicha escala.

Otra variable a señalar aunque la relación no sea significativa son las expectativas iniciales pues los pacientes con unas expectativas mágicas en la evaluación fueron evaluados en mayor proporción que aquellos que traían unas expectativas negativas y positivas, posiblemente debido a que aquellas personas con expectativas mágicas pudiesen esperar cumplir con ellas en dicha reevaluación o habían quedado satisfechas con la devolución realizada a través de la intervención inicial.

En líneas generales, podríamos decir que no existen diferencias relevantes ni clínicas ni sociodemográficas ni asistenciales entre los pacientes reevaluados y los no reevaluados por el sesgo metodológico. De cualquier modo, el alcance de nuestro trabajo, al disminuir la muestra real con la que trabajó inicialmente, queda algo limitada y obliga a cierta prudencia en la interpretación de los resultados.

Además de la pérdida de la muestra inicial analizada previamente, se produjo también una pérdida en los tests autoadministrados durante la reevaluación pues no todos los pacientes que fueron reevaluados rellenaron estos tests por diversos motivos (analfabetos, falta de entendimiento,

contestaciones incorrectas,...) lo cual supuso un descenso en el número de tests rellenados aún mayor. En concreto, fueron rellenados tan sólo un 35% con respecto a la muestra inicial, por tanto, los resultados finales reflejados a través de estos tests deben interpretarse con cautela y limitación.

Otro de los sesgos a añadir es que este estudio se ha realizado en un solo centro de salud mental con unas características propias determinadas en cuanto a la población que atiende, a los profesionales que lo constituyen, a su situación geográfica, los centros de atención primaria derivantes... Aunque, el estudio se ha realizado a lo largo de 12 meses con una muestra completa y consecutiva lo que le proporciona gran validez interna limita su generalización a otros servicios que tengan un tipo de población distinta y unos centros de atención primaria y profesionales de salud mental de otras características. Sería deseable que se realizasen estudios multicéntricos que eliminaran este sesgo para poder comparar los resultados con el nuestro.

Al inicio del estudio, se presentaron discrepancias entre los distintos profesionales que participaron en el estudio sobre todo para establecer un límite entre lo que es trastorno mental o no y lo que se tiene que tratar o no. Dichas discrepancias se solventaron con reuniones en las que se trató de unificar criterios entre los facultativos del equipo asistencial sobre el límite de trastorno mental y no trastorno según criterios CIE-10, y además efectuamos un estudio piloto previo de seis meses de duración. Aún así, corroboramos que la frontera entre tener un trastorno mental o no, no estaba delimitada tan claramente dados los grados de complejidad clínica y que estaba sujeta en muchas ocasiones a la interpretación subjetiva del clínico. Consecuentemente, nos planteamos cómo nosotros mismos, al realizar dicho estudio, podríamos tener un sesgo derivado del efecto Hawthorne ya que podríamos sobrediagnosticar malestar en vez de trastorno mental y modificar nuestras actuaciones clínicas sobre estas personas.

Y, por último, existe un sesgo intrínseco en el propio estudio con respecto al sexo de los profesionales ya que los 2 psicólogos de nuestro centro eran mujeres y los varones (tres en total) eran todos psiquiatras lo cual no nos permitió en el análisis univariable valorar qué podían atribuirse a diferencias en cuanto actuaciones terapéuticas según el sexo del profesional independientemente del tipo de profesional.

10. CONCLUSIONES.

1. El 85% de las personas con un diagnóstico inicial de código Z que fueron reevaluadas evolucionan favorablemente. Esta evolución clínica favorable fue evaluada por la impresión clínica del terapeuta y la diferencia estadísticamente significativa en la resta de las medias sintomatológicas finales e iniciales de los cuestionarios clínicos autoadministrados (GHQ-28, SCL-90R). El 90% de las personas sin diagnóstico de trastorno mental que se encontraban mejor clínicamente no tomaban ningún tipo de tratamiento farmacológico.
2. Una peor evolución clínica se correspondía con tener antecedentes personales psiquiátricos, estar con tratamiento farmacológico asociado en la reevaluación final, ser más joven, ser varón y tener puntuaciones más altas en las subescalas FOB, PAR y PSY del SCL-90R inicial.
3. Sólo el 2% (en concreto, 5 casos del total de 146 reevaluados) fueron diagnosticados de trastorno mental a los 9 meses; de estos 5 casos, 3 fueron diagnosticados de trastorno adaptativo.
4. En la reevaluación, se corroboraron los diagnósticos Z previamente realizados en la evaluación final: problemas relacionados con el grupo de apoyo, incluidas circunstancias familiares (32,9%); problemas relacionados con el empleo y el desempleo (8,6%), problemas relacionados con el ambiente social (5,6%) y problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (3,2%).
5. Más del 75% de estas personas sin tratamiento farmacológico inicial se mantenían sin él a los 9 meses. Casi el 60% de los pacientes reevaluados no tomaban tratamiento, porcentaje mayor a la evaluación inicial (50%). Los pacientes con diagnóstico de código Z a los 6-12 meses que estaban en tratamiento farmacológico era principalmente con benzodiacepinas. Descendió la proporción de pacientes con tratamientos asociados en la reevaluación con respecto a la evaluación inicial (del 23% pasaron al 15,8%).

6. Casi la mitad de los reevaluados consideraron nuestra intervención terapéutica como positiva. El valor medio de la valoración subjetiva desciende con respecto a las expectativas iniciales y esto se debe a una reducción de la valoración positiva y, principalmente, a una disminución de la valoración “mágica”.
7. Un 52% de las personas sin diagnóstico de trastorno mental del total de la muestra inicial fueron dados de alta en la primera cita.
8. Alrededor del 60% de los códigos Z fueron dados de alta a los 6-12 meses. Del resto de personas sin diagnóstico de trastorno mental que continuaron en seguimiento a los 6-12 meses (21% y 27% respectivamente), alrededor del 10% de ellas abandonaron el seguimiento tanto a los 6 como a los 12 meses.
9. Señalar que no se hallaron diferencias significativas según el tipo de diagnóstico Z (Z inequívoco y Z dudoso) en la evolución clínica, ni en el tratamiento farmacológico final, ni en la indicación clínica ni en el número de citas concertadas a los 12 meses.
10. La media de citas totales concertadas a los 6 meses es de 2 y la media de citas totales concertadas a los 12 meses es de 3 citas. Una valoración subjetiva positiva se relaciona con un mayor número de citas concertadas. Los pacientes con un peor CGI en la reevaluación recibieron más citas totales a los 12 meses.
11. Existe un reparto proporcional en cuanto a las ausencias a las citas concertadas a los 6 meses: 37% son cumplidores, 35% lo son de forma parcial y el 31% abandonan el seguimiento. A los 12 meses aumenta la irregularidad en las citas concertadas de seguimiento.
12. El total de citas concertadas en 12 meses de las personas sin diagnóstico de trastorno mental atendidas en nuestro centro representan 725 horas de tiempo profesional, lo que equivale a 52 jornadas laborales y traducido en gasto sanitario suponen 36.250 euros.

13. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la concertación de citas y la indicación clínica con respecto al tipo de profesional. Los psiquiatras suelen citar una media de 2 veces por paciente a los 6 meses y los psicólogos 3 veces; a los 12 meses, los psiquiatras han citado 2,5 veces y los psicólogos 4. Cifras similares se mantienen por ambos profesionales en pacientes en seguimiento sin tratamiento farmacológico que están recibiendo apoyo psicoterapéutico. No se objetivan diferencias en cuanto a las ausencias a las citas concertadas por tipo de profesional.
14. Los psiquiatras suelen dar altas más tempranas y mantener en seguimiento a las personas sin diagnóstico de trastorno mental hasta los 6 meses en un número total de 2 a 3 citas, mientras que los psicólogos dan menos altas a corto plazo y mantienen en mayor proporción en seguimiento con una media de citas de 4 en 12 meses y con un porcentaje mayor de altas voluntarias y abandonos que los psiquiatras.
15. No existen diferencias relevantes ni clínicas, ni sociodemográficas ni asistenciales entre los pacientes que acuden a la reevaluación y los que no acuden.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Albee G.W. (1996a)** Revolutions and counterrevolutions in prevention. *American Psychologist*, vol. 51, 1130-1133.
2. **American Psychiatric Association (1995)** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
3. **Angst J., Merikangas K.R., Preisig M.D. (1997b)** Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *Journal Clinical Psychiatry*, vol. 58 (8 Supp), 6-10.
4. **Appelbaum K. (2006)** Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *Plos Medicina*, vol. 3 (4), 445-447.
5. **Baca Baldomero E. (2000)** Los límites de la psiquiatría: entre la demanda y la búsqueda de la felicidad. En *Hechos y valores en psiquiatría*, 529-564. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela.
6. **Baca E. (2006)** ¿Hay que tratar los problemas de la vida? Los límites de la actuación médica en los problemas de salud mental. *Journal of Health Science, Psiquiatría*, n º 2, 1.
7. **Biglan A., Smolkowski K. (2002)** The role of the community psychologist in the 21st century. *Prevention& Treatment*, vol. 5, article 2.
www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005002.html
8. **Bond L.A., Hauf A.M.C. (2004)** Taking stock and putting stock in primary prevention: characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention*, vol. 24 (3), 199-221.
9. **Bower P., Rowland N. (2006)** Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database System Review*, vol. 3: CD001025.
10. **Broadhead W.E., Blazer D.G., George L.K., Tse C.K. (1990)** Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Journal American Medical Association*, vol. 264, 2524-2528.

11. **Brody D y col. (1989)** The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*, vol. 27, nº 11, 1027-1035.
12. **Brody S., Khaliq A., Thompson T. (1997)** Patients' perspectives on the management of emotional distress in primary care settings. *Journal General International Medicine*, vol. 12, 403-406.
13. **Brownson R.C., Newschaffer C.J, Ali-Abarghoni F. (1997)** Policy research for disease prevention: challenges and practical recommendations. *American Journal of Public Health*, vol.87, 735-739.
14. **Casey P., Dowrich C., Wilkinson G. (2001)** Adjustment disorders. *British Journal of Psychiatry*, vol. 179, 479-481.
15. **Cashman SB., Saragean JA., Leneay CA., Fergusson W. (2004)** Patient health status and appointment keeping in an urban community health center. *Journal Health Care Poor Underserved*, vol. 15 (3), 474-488.
16. **Cervera S. (2003)** Principios éticos básicos en Psiquiatría. En hechos y valores en psiquiatría, 337-350. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela. Madrid.
17. **Clarke D., Kissane D. (2002)** Demoralization: its phenomenology and importance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 36, 733-742.
18. **Conrad P. (1975)** The discovery of hiperkinesis: notes on the medicalization of deviant behaviour. *Sociologic Problems*, vol. 23, 12-21.
19. **Conrad P. (1992)** Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, vol. 18, 209-232.
20. **Conrad P. (2004)** Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, 158-176.

21. **Conrad P. (2005)** The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46 (1), 3-14.
22. **Cowen E.L. (1994)** The enhancement of psychological wellness: Challenges and opportunities. *American Journal of Community Psychology*, vol.22, 149-180.
23. **Cowen E.L. (1998)** Changing concepts of prevention in mental health. *Journal of Mental Health*, vol. 7 (5): 451-461.
24. **Crawford R. (1980)** Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, vol. 10, 365-388.
25. **Crawford M y Kessel A. (1999)** Not listening to patients- the use and misuse of patient satisfaction studies. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 45, nº 1, 1-6.
26. **de Figueredo J.M., Boerstler H., O'Connell L. (1991)** Conditions not attributable to a mental disorder: an epidemiologic study of family problems. *American Journal Psychiatry*, vol. 148, 780-783.
27. **de Figueredo J.M. (1993)** Depression and demoralization: phenomenologic differences perspectives. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 34, 308-311.
28. **de Figueredo J.M. (2000)** Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, vol. 41(5), 449-450.
29. **Derogatis L.R. (1997)** SCL-90R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) versión. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine.
30. **Desviat M. (2001)** Salud pública y psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 21, 125-133.
31. **Double D. (2002)** The limits of psychiatry. *British Medical Journal*, vol. 324, 900-904.
32. **Durlak J.A. y Wells A.M. (1997)** Primary prevention mental health programs: the future is exciting. *American Journal Community Psychology*, April, vol. 25 (2), 115-152.

33. **Gask L. (1986)** What happens when psychiatric out-patients are seen once only? British Journal of Psychiatry, vol. 148, 663-666.
34. **García-Campayo J., Sanz-Carrillo, Jimeno Aranda A. (1993)** Interconsulta atención primaria/psiquiatría: utilización de la consulta única. Atención Primaria, vol. 13, 52-54.
35. **García Moratalla B y Ortiz Lobo A.** Ausencias en primeras consultas. Revista de la AEN, vol. 85, 27-36.
36. **García-Testal A., Sancho F., Julve R., Puche E., Rabanaque G. (1998)** Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista? Atención Primaria, vol. 22, 233-238.
37. **Getz L., Sigurdsson J., Hetlevik I. (2003)** Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? British Medical Journal, vol. 327, 498- 500.
38. **Gilbert D., Walley T., New B. (2000)** Lifestyle medicines. British Medical Journal, vol. 321, 1341-1344.
39. **Goldberg D.P., Hillier V.F. (1979)** A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine, vol. 9, 139-145.
40. **González de Rivera J.L., Derogatis L.R., De las Cuevas C., et al (1989)** The spanish version of the SCL-90R: Normative data in the general population. Towson: Clinical Psychometric Research.
41. **González de Rivera J.L., De las Cuevas C., Gracia Marco R., et al (2004)** Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. Psiquis, vol. 11, 11-22.
42. **Hart J.T. (1971)** The inverse care law. Lancet, vol. 1, 405-412.
43. **Hawkins J.D., Catalano R.F., Arthur M.W. (2002)** Promoting science-based prevention in communities. Addictive Behaviours, vol.27 (6), 951-976.
44. **Heath I. (1999)** There must be limits to the medicalization of human distress. British Medical Journal, vol. 318, 439-440.

45. **Heath I. (2005)** Who needs health-care-the well or the sick? British Medical Journal, vol. 330, 954- 956.
46. **Heath I. (2006)** Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential. Plos Medicine, vol. 3 (4), 448-451.
47. **Helmchen H. y Linden M. (2000)** Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact and the double-threshold problem. Comprehensive Psychiatry, vol. 41, nº 2, suppl. 1, 1-7.
48. **Herrman H. (2001)** The need for mental health promotion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 35, 709-715.
49. **Hosman CMH. (2000)** Prevention and health promotion on the international scene: the need for a more effective and comprehensive approach. Addictive Behaviours, vol. 25 (6), 943-954.
50. **Huertas R. (2000)** Demandas asistenciales y ofertas terapéuticas en salud mental. Algunas reflexiones teóricas. Sin publicar.
51. **Huertas R. (1998)** Neoliberalismo y políticas de salud. Barcelona: El viejo topo.
52. **Illich I. (1975)** Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona: Barral.
53. **Jackson J., Chamberlin J., Kroenke K. (2001)** Predictors of patient satisfaction. Social Science Medicine, vol. 52, 609-620.
54. **Jackson JL. (2006)** Communication about symptoms in primary care: impact on patient outcomes. Journal Alternative Complement Medicine, vol. 11, suppl 1; S51-56.
55. **Jané-Llopis E. (2004)** La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Revista de AEN, vol. 89, 67-77.
56. **Jensen P., Hoagwood K. (1997)** The book of names: DSM-IV in context. Development and Psychopathology, vol. 9, 231-249.

57. **Johnson J., Weissman M., Klerman G.L. (1992)** Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Journal American Medical Association*, vol. 267, 1478-1483.
58. **Jonson D. (1973)** An analysis of out-patients services. *British Journal of Psychiatry*, 122, 301-306.
59. **Judd L.L., Rapaport M.H., Paulus M.P., Brown J.L. (1994)** Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *Journal Clinical Psychiatry*, vol. 55, 18-28.
60. **Judd L.L., Paulus M.P., Wells K.B., Rappaport M.H. (1996)** Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal Psychiatry*, vol. 153, 1411-1417.
61. **Judd L.L., Akiskal H.S., Maser J.D. y col. (1998)** A prospective 12 year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar mayor depressive disorders. *Archives General Psychiatry*, vol. 55, 694-700.
62. **Katon W., Robinson P., Von Korff M. y col. (1996)** A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives General Psychiatry*, vol. 53, 924-932.
63. **Kessel N. (1963)** Who ought to see a psychiatrist? *Lancet*, i, 1092-1094.
64. **Killapsy H., Banerjee S., King M., Lloyd M. (2000)** Prospective controlled study out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *British Journal Psychiatry*, vol. 176, 160-165.
65. **Klerman G.L., Budman S., Berwick D., y col. (1987)** Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care*, vol. 25, 1078-1088.
66. **Kohn L., Chavous T.M. (2002)** How far have we come-where should we go? *Prevention & Treatment*, vol. 5, article 7.

(www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005007.html)

67. **Kravitz R. (1996)** Patient's expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, vol. 53, nº 1, 3-27.
68. **Kravitz R y col. (1996)** Prevalence and sources of patient's unmet expectations for care. *Annual Internacional Medical*, vol. 125, 730-737.
69. **Lang A. (2005)** Mental health treatment preferences of primary care patients. *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 28, nº 6, 581-586.
70. **Leal Rubio J. (1999)** ¿Nuevas demandas, nuevas necesidades en atención a la salud mental? En *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones* (ed. Leal J.), pp. 169-181. Madrid.
71. **Leibovici L. y Lièvre L. (2002)** Medicalization: peering from inside medicine. *British Medical Journal*, vol. 324, 866.
72. **Lewinson P.M., Solomon A., Seeley J.R., Zeiss A. (2000b)** Clinical implications of subthreshold depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, 345-351.
73. **Lewinson P.M., Shankman S.A., Gau J.M., Klein D. (2004)** The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine*, vol. 34, 613-622.
74. **Like R. y Zyzanski J. (1987)** Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Social Science Medicine*, vol. 24, nº 4, 351- 357.
75. **Line LE., Poo KP., Lein T., Chew SK. (1995)** Why patients fail to attend psychiatric outpatient follow-up : a pilot study. *Singapore Medical Journal*, vol. 36 (4), 403-405.
76. **Lobo A., Pérez-Echevarría M.J., Artal J. (1986)** Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, vol. 16, 135-140.
77. **Lozano-Serrano C. y Ortiz-Lobo A. (2004)** El incremento en la prescripción de los antidepresivos ¿Una panacea demasiado cara? *Revista de la AEN*, vol. 90, 83-96.

78. **Magruder K.M. y Calderone G.E. (2000)** Public health consequences of different thresholds for the diagnosis of mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 41, nº 2, suppl. 1, 14-18.
79. **Mansilla F. (2001)** Acerca de la prevención en salud mental. *Revista de AEN*, vol.79, 3-5.
80. **Márquez S. y Meneu R. (2003)** La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*, vol.5, 47-53.
81. **Martínez Azumendi O. (1995)** Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. *Psiquis*, vol. 16 (7), 10-30.
82. **Martínez-Azumendi O., Araluze K., Beitia M. (1998)** Estudio comparativo entre las expectativas al tratamiento de las primeras consultas de un centro de salud mental y las expectativas pronosticadas por el equipo terapéutico tratante. *Psiquis*, vol. 19 (7), 274-280.
83. **Martínez- Azumendi O. y Beitia M. (2000)** Satisfacción, cumplimiento de expectativas y valoración de ayuda percibida, en primeras consultas en un centro de salud mental. *Psiquis*, vol. 21 (2), 57-74.
84. **Mata Ruiz I. y Ortiz Lobo A. (2003)** Industria farmacéutica y psiquiatría. *Revista de la AEN*, vol. 86, 49-71.
85. **Mazzoli M. (1991)** Conditions not attributable to a mental disorder. *American Journal Psychiatry*, vol. 149, 3.
86. **McCormick J. (1996)** Medical hubris and the public health: the ethical dimension. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 49, 619-621.
87. **McNab F. (2003)** Treatment of common "life events" traumas. *Australian Family Physician*, vol. 32, 693-695.
88. **Miller R. y Shinn M. (2005)** Learning from communities: overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology*, 35 (3/4), 169- 183.

89. **Mintzes B. (2006)** Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role? *Plos Medicine*, vol.8 (4), 461-465.
90. **Miranda J. y Muñoz R. (1994)** Intervention for minor depression. *Journal of Affective Disorders*, vol. 45, 41-51.
91. **Mitchell A. y Selmes T. (2007)** A comparative survey of missed initial and follow-up appointment to psychiatric specialities in U.K. *Psychiatric Services*, vol. 58 (6), 868-871.
92. **Moncrieff J. (2004)** Psychiatric imperialism: the medicalization of modern living. *Critical Psichiatry Network*, 1-5. Ref Type: Elecytronic Citation.
93. **Moncrieff J. (2006)** Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*, vol. 188, 301-302.
94. **More M. (2000)** Satisfacción de los usuarios de servicios de salud mental: una revisión acerca de su definición, factores asociados y dimensiones. *Archivos de Psiquiatría*, vol. 63 (1): 43-56.
95. **Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002)** Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, vol. 324, 886-891.
96. **Moynihan R. y Smith R. (2002)** Too much medicine? *British Medical Journal*, vol. 324, 859-860.
97. **Moynihan R. y Henry D. (2006)** The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *Plos Medicine*, vol. 3 (4), 425-428.
98. **Mrazek P.J. y Haggerty R.J. (Eds) (1994)** Reducing risks for mental disorders: frontiers for prevention intervention research. Washington, DC: National Academy Press.
99. **Muñoz R. (2001)** How shall we ensure that the prevention of onset of mental disorders becomes a national priority? *Prevention & Treatment*, volume 4, article 26. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040026.html).

100. **National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research (2001)** Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention & Treatment*, 4, article 7 (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040017a.html).
101. **National Institute of Mental Health (1996)** A plan for prevention research for the National Institute of Mental Health: a report to the National Advisory Mental Health Council (NIH Publication N° 96-4093). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
102. **Niederehe G., Street L., Levowitz B. (1999)** NIMH support for psychotherapy research: opportunities and questions. *Prevention & Treatment*, vol. 2, article 3a. (www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre00200003a.html).
103. **Norquist G., Lebowitz B., Hyman S. (1999)** Expanding the frontier of treatment research. *Prevention & Treatment*, 2, article 1 (www.journal.apa.org/prevention/volume2/pre0020001a.html).
104. **Olfson M., Broadhead W., Weissman M., et al. (1996)** Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Archives General Psychiatry*, vol. 53, 880-886.
105. **Organización Mundial de la Salud (1992)** Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
106. **Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Mata Ruiz I. (2002)** La gestión del malestar en el Centro de Salud Mental. *Clínica y Pensamiento*, vol. 2, 77-85.
107. **Ortiz Lobo A. (2003)** Aspectos socioculturales en la indicación de no-tratamiento psiquiátrico. Sin publicar.
108. **Ortiz Lobo A. (2004)** Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría.

109. **Ortiz Lobo A., García Moratalla B., Mata Ruiz I., Rodríguez Salvanés F. (2005)** Las consultas en un centro de salud mental sin trastorno mental diagnosticable. Archivos de Psiquiatría, vol. 68 (2), 151-168.
110. **Pang AH., Lune FC., Ungvari VS., Wong CK., Leung YS. (1996)** A prospective outcome study of patients missing regular psychiatric outpatient appointments. Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, vol. 31 (5), 299-302.
111. **Parsons T. (1951)** The social system. New York: Free Press, 575.
112. **Pearson J.L. y Koretz D.S. (2001)** Opportunities in prevention research at NIMH: Integrating prevention with treatment research. Prevention & Treatment, vol. 4, article 18. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040018.html)
113. **Peterson Ch. (2002)** What prevention researchers and practitioners should know in the 21st century. Prevention & Treatment, volume 5, article1. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005001.html).
114. **Pincus H.A., Davis W.W., McQueen L.E. (1999)** "Subthreshold" mental disorders: a review and synthesis of studies on minor depression and other brand names. British Journal of Psychiatry, vol. 174, 288-296.
115. **Pini S., Perkonning A. y col. (1999)** Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold disorders in primary care. Journal Affective Disorders, vol. 56, 37-48.
116. **Puschner B. y col. (2005)** Patient and therapist satisfaction in outpatient psychotherapy. Psychotherapy Psychological Medicine, vol. 55, 517-526.
117. **Ramos García J. (2004)** Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico. Revista AEN, vol. 91, 99-113.
118. **Ramos García J. (2004)** Fibromialgia: ¿la histeria en el capitalismo de ficción? Revista AEN, vol. 89, 115-128.

119. **Rapaport M.H. y Judd L.L. (1998)** Minor depression disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, vol. 48, 227-232.
120. **Reiss D., Beckwith L., Long B. y col. (1993)** The prevention of mental disorders: a national research agenda. Unpublished manuscript.
121. **Reiss D. (2001)** "Priorities for prevention research at NIMH": Will expanding the definition of prevention research reduce its impact? *Prevention & Treatment*, vol. 4, article 19 (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040019.html).
122. **Rendueles G. (1997)** Psicoterapias en el Estado. En psicoterapias en el sector público: un marco para la integración (eds Fernández Liria A., Hernández Monsalve M. & Rodríguez Vega B.), Madrid, pp. 245-269.
123. **Rendueles G. (2004)** El DSM-III. Una clasificación psiquiátrica postmoderna, 13- 31. En *Egolatría*. Ed. KRK.
124. **Retolaza A. y Grandes G. (2003)** Expectativas y satisfacción de los usuarios de un centro de salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 31 (3), 00-00.
125. **Richman A. y Barry A. (1985)** More and more is less and less. The myth of massive psychiatric need. *British Journal of Psychiatry*, vol. 146, 164-168.
126. **Rodríguez López A. (2003)** Problemas éticos de la prevención primaria en psiquiatría. En *Hechos y Valores en Psiquiatría*, 413-422. Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela.
127. **Rucci P., Gherardi S., Tansella M., y col. (2003)** Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, vol.26, 71-181.
128. **Sadek N. y Bona J. (2000)** Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. *Depression and Anxiety*, vol. 12, 30-39.

129. **Sánchez-Menegay Ch. y Stalder H. (1994)** Do physicians take into account patients' expectations? *Journal General Internacional Medicine*, vol. 9, 404-406.
130. **Sánchez Muñoz C. y col. (1996)** Causas de incumplimiento y factores asociados en una consulta concertada. *Atención Primaria*, vol. 17 (1), 34-38.
131. **Sandín B. y Chorot P. (1987)** Cuestionario de sucesos vitales CSV. Madrid: UNED.
132. **Saracci R. (1997)** The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal*, vol. 314, 1409-1410.
133. **Sartorius N. y Henderson A.S. (1992)** The neglect of prevention in psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 26, 550-553.
134. **Sherbourne C.D., Wells K.B, y col. (1994)** Subthreshold depression and depressive disorders: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients. *American Journal Psychiatry*, vol. 151, 1777-1784.
135. **Shinn M. y Toohey S.M. (2001)** Refocusing on primary prevention. *Prevention & Treatment*, vol. 4, article 21.

(www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre004000021.html)
136. **Siddique C.M., Aubry T.D., Mulhall D. (1996)** The burden of conditions not attributable to mental disorders. *American Journal Psychiatry*, vol. 153, 1489-1491.
137. **Siddique C.M., Aubry T.D. (1997)** Use of mental health resources in the treatment of adult out-patients with no diagnosable mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 95, 19-25.
138. **Siefert K. (2001)** Primary prevention in the new millennium: the challenge of translating knowledge into action. *Journal of Primary Prevention*, vol. 22 (1), 17-20.
139. **Sitzia J. y Wood N. (1997)** Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science Medicine*, vol. 45, nº 12, 1829-1843.

140. **Slavney P. (1999)** Diagnosing demoralization in consultation psychiatry. *Psychosomatics*, vol. 40, 325-329.
141. **Slavney P. (2000)** Reply to Dr. de Figueiredo. *Psychosomatics*, vol. 41, (5), 450.
142. **Sparr LF., Moffitt MC., Ward MF. (1993)** Missed psychiatric appointment: who returns and who stays away? *American Journal Psychiatry*, vol. 150 (5), 801-805.
143. **Spinhoven P. y Van der Does J.W. (1999)** Conditions not attributable to a mental disorder in Dutch psychiatric out-patients. *Psychological Medicine*, vol. 29, 213-220.
144. **Tinetti M. y Freid T. (2004)** The end of the disease era. *American Journal of Medicine*, vol. 116, 179-185.
145. **Tizón J.L. y Ciurana R. (1994)** Prevención en salud mental: el programa de actividades preventivas y promoción de la salud (mental) de la SEMFYC. *Revista AEN*, vol. 47-48, 43-64.
146. **Verjew M. (1999)** Medicalization as a moral problem for preventive medicine. *Bioethics*, vol. 13 (2), 89-113.
147. **Wandersman A. (2003)** Community science: Bridging the gap between science and practice with community-centered models. *American Journal of Community Psychology*, 31, 227-242.
148. **Weich S. (1997)** Prevention of the common mental disorders: a public health perspective. *Psychological Medicine*, vol. 27 (4), 757-764.
149. **Williams B. (1994)** Patient satisfaction: a valid concept. *Social Science Medicine*, vol. 38, nº 4, 509-516.
150. **Williams B. y Wilkinson G. (1995)** Patient satisfaction in mental health care. *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, 559-562.

151. **Windle Ch., Thompson J., Goldman H., Naierman N. (1988)** Treatment of patients with no diagnosable mental disorders in CMHCs. Hospital and Community Psychiatry, vol. 39, 753-758.
152. **Zola I. (1972)** Medicine as an institution of social control. Sociologic Review, vol. 20 (4), 487-504.

ANEXOS